



HAL
open science

Impact de la douleur chronique sur l'image du corps : rôle du psychomotricien à travers la relaxation

Jade Deméré

► **To cite this version:**

Jade Deméré. Impact de la douleur chronique sur l'image du corps : rôle du psychomotricien à travers la relaxation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01562033

HAL Id: dumas-01562033

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01562033>

Submitted on 13 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE BORDEAUX

Collège Sciences de la Santé

Institut de Formation en Psychomotricité

**Mémoire en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Psychomotricien**

**Impact de la douleur chronique
sur l'image du corps :**

Rôle du psychomotricien à travers la relaxation

DEMERE Jade

Née le 9 décembre 1996 à Chambray-lès-Tours (37)

Directeur de mémoire : Mme Annie REUFF

Juin 2017

REMERCIEMENTS

A Annie REUFF, ma maître de mémoire, pour ses relectures minutieuses et ses conseils précieux ;

A Valérie BERENGUER et à l'ensemble de mes maîtres de stage qui, sur ces trois années de formation, m'ont ouvert les portes de leur salle de psychomotricité et ont contribué à façonner la future professionnelle que je suis ;

A tous les patients qui m'ont accueillie et qui m'ont permis de les rencontrer ;

A l'Institut de Formation en Psychomotricité de Bordeaux, à l'ensemble de ses professeurs pour le savoir qu'ils m'ont transmis, et à l'équipe de direction pour son écoute et sa disponibilité ;

A mes amies, pour leur soutien et leur réconfort dans les bons et les mauvais moments, et à Thibault, pour sa présence et sa patience ;

A mes parents et à ma famille, pour leur amour inconditionnel malgré la distance, et à toi, Tonton ;

A tous, un grand MERCI.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
PARTIE 1 - LA DOULEUR.....	4
I- Qu'est-ce que la douleur ?	5
II- Douleur aiguë / Douleur chronique	12
III- Prise en soin de la douleur chronique.....	18
IV- La douleur chronique en psychomotricité	26
PARTIE 2 - L'IMAGE DU CORPS.....	29
I- Image du corps en psychanalyse	29
II- Image du corps en psychomotricité	35
III- Atteinte de l'image du corps dans la douleur chronique.....	39
PARTIE 3 - RELAXATION.....	49
I- Relaxation : Généralités	49
II- La relaxation en psychomotricité auprès de patients douloureux chroniques	59
III- Apprécier l'évolution de l'image du corps	72
PARTIE 4 - CLINIQUE PSYCHOMOTRICE EN RELAXATION	74
I- Présentation du terrain de stage.....	74
II- Etude de cas : Mme B.	78
CONCLUSION	87
BIBLIOGRAPHIE.....	88
TABLE DES MATIERES	91

INTRODUCTION

« *Qu'elle survienne progressivement ou violemment comme la foudre qui s'abat sur un arbre, la douleur s'impose à l'homme. Il ne peut pas la nier, que difficilement l'oublier, rarement lui échapper, jamais l'éviter* » (2011, p. 11). Comme le démontre cette citation de Laurence CROIX, la douleur est une agression à laquelle l'homme est confronté. La douleur envahit le corps et l'esprit, le sujet éprouve et ressent sa douleur. Lorsqu'elle se chronicise, elle envahit l'individu dans sa totalité, et va venir considérablement modifier ses rapports à l'environnement, mais également la relation qu'il a à son propre corps, perturbant ainsi profondément ses repères psychocorporels.

Je me suis initialement questionnée sur la modification de l'image du corps après un accident à la suite d'un événement personnel. En effet, suite à un accident domestique, un membre de ma famille est devenu tétraplégique. Survenu durant mes études de psychomotricité, cet événement m'a beaucoup interrogé : Comment accepter ce corps, qui est le même, mais pourtant si différent de celui d'avant ? Comment peut-on concilier ces deux représentations, d'un corps avant et après l'accident ? Comment vivre pleinement dans un corps qui ne répond plus ? Et surtout, comment agir à ce niveau en tant que psychomotricien ?

C'est donc en suivant cette réflexion qui me tenait à cœur que je me suis dirigée vers un stage au sein d'un service de Médecine Physique et Réadaptation (MPR). Une psychomotricienne est présente dans ce service, et exerce principalement au sein de l'unité d'hospitalisation de jour, qui accueille en grande majorité des personnes atteintes de douleurs chroniques. La population accueillie étant différente de celle à laquelle je pensais me confronter, c'est-à-dire une population principalement constituée de personnes ayant subi un traumatisme physique, cela m'a questionné sur la pertinence de mon idée initiale de mémoire. Mais, en y réfléchissant bien, la question de l'impact de la douleur chronique sur l'image du corps garde tout son intérêt. En effet, comment vivre dans un corps en permanence douloureux ? Quelle image de son corps a le sujet douloureux chronique, porteur d'un handicap souvent invisible aux yeux des autres ? Quel rôle le psychomotricien peut-il jouer auprès de ce type de public ?

La psychomotricienne propose aux patients du service des séances de relaxation individuelles, et s'appuie principalement sur une relaxation à induction verbale.

C'est Mme R., lors de mon premier jour de stage, qui me fera me questionner sur l'intérêt de la relaxation auprès de ce public. En effet, suivie à l'hôpital de jour pour des douleurs chroniques suite à une double fracture ouverte de la jambe droite, elle verbalisera après sa séance de relaxation : « *Ça me fait un bien fou. C'est comme si je confiais toutes mes douleurs à un clone pour pouvoir être enfin moi-même* ». Nous constatons ici, dans le ressenti de Mme R., un sentiment de dépersonnalisation causé par la douleur. La relaxation lui permet de se réapproprier son corps en lui permettant de le vivre autrement qu'à travers la douleur. Je me suis alors demandée par quels moyens la relaxation permet d'agir sur l'image du corps du patient douloureux chronique, et comment le psychomotricien peut initier chez ce patient un vécu corporel différent.

Tous ces questionnements pourraient être résumés à travers la problématique suivante : **Le psychomotricien peut-il, à travers la relaxation, contribuer à la restauration d'une image du corps harmonieuse chez les patients douloureux chroniques ?**

PARTIE 1 - LA DOULEUR

La douleur est définie par l'Association Internationale d'Etude de la Douleur (International Association for the Study of Pain - IASP) comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite par les termes d'une telle lésion* »¹.

Dès lors, à travers cette définition, il apparaît que la douleur est subjective et vécue différemment par chaque sujet puisque c'est une expérience que lui seul pourra rapporter. Apparaît ensuite le fait que la douleur n'est pas forcément liée à une lésion tissulaire objectivable par les techniques d'imagerie. Cette définition de l'IASP rend légitime les douleurs sans lésion décelable.

La demande de soulagement d'une douleur est un motif de consultation des plus fréquents chez le médecin. La plupart du temps, la douleur est aiguë et a pour finalité d'avertir l'individu que l'intégrité de son organisme est menacée. Une fois identifiée, la douleur doit cesser puisque l'on en supprime la cause. Mais il peut arriver que la douleur perdure et se chronicise. Le sujet est alors bouleversé dans ses dimensions somatique, affective, cognitive et comportementale, et doit mobiliser ses capacités adaptatives. C'est donc la globalité du sujet souffrant qui est atteinte.

Dans cette première partie, je présenterai ce qu'est la douleur, ses mécanismes, ses différents types et ses composantes. J'évoquerai également la différence entre douleur aiguë et douleur chronique, ainsi que les répercussions de cette dernière sur le sujet souffrant. Puis je m'attarderai sur la prise en soin de la douleur chronique, à travers son évaluation et ses traitements. Enfin, j'aborderai la question de la douleur chronique en psychomotricité.

¹ Citée par la Haute Autorité de Santé (2008, Décembre, p. 17).

I- Qu'est-ce que la douleur ?

A- Douleur ou souffrance ?

Se pose avant tout la question de la différence entre douleur et souffrance. Les séparer, c'est renforcer le clivage corps/esprit bien trop présent dans nos sociétés occidentales. C'est considérer la douleur comme l'atteinte de la chair, et la souffrance comme l'atteinte de la psyché.

Selon David LE BRETON, anthropologue et sociologue français, la douleur fait toujours sens pour l'individu et est alors toujours souffrance ; ces deux concepts sont donc intrinsèquement liés. Pour lui, si la douleur est un concept médical, la souffrance est un concept du sujet qui la ressent. Il explique que « *la douleur efface toute dualité entre physiologie et conscience, corps et âme, physique et psychologique, organique et psychologique [...]. La douleur n'est pas celle d'un organisme, elle ne se cantonne pas à un fragment du corps ou à un trajet nerveux, elle marque un individu et déborde vers son rapport au monde, elle est donc souffrance* » (2009, p. 324). La douleur n'est pas la traduction d'une lésion organique mais une signification, c'est-à-dire une souffrance, ressentie selon une interprétation propre à l'individu. L'affectivité et les émotions sont toujours présentes dans le ressenti de la douleur.

Finalement, la douleur, en débordant le corps, vient impacter le rapport au monde du sujet qui en est atteint. Impactant ses activités et sa vie quotidienne, elle est donc vécue comme une souffrance. Nous retiendrons donc que la douleur implique la souffrance, car il n'y a pas de peine physique qui n'entraîne un retentissement dans la relation de l'homme au monde.

B- Mécanismes de la douleur

Il convient également de ne pas confondre douleur et nociception.

Comme présenté précédemment, la douleur n'est pas seulement physique, elle est liée à la perception qu'en a le sujet, et aux émotions et représentations qui s'y ajoutent. La douleur est donc toujours le vécu d'un sujet qui souffre.

La nociception, elle, est définie comme le processus neurologique d'encodage et d'analyse des stimuli nocifs. C'est donc le processus sensoriel à l'origine du message nerveux qui provoque la douleur.

Nociception n'est donc pas synonyme de douleur. De ce fait, le corps peut subir des stimuli nocifs sans qu'il y ait nécessairement douleur. C'est souvent le cas chez les soldats ou les sportifs blessés qui ne perçoivent pas la douleur tant qu'ils sont en action. Mais il peut également y avoir douleur malgré un dysfonctionnement des voies nociceptives (douleur neuropathique par exemple).

La perception de la douleur provient d'un système sensoriel ayant pour fonction la conservation de l'intégrité corporelle. Henri BERGSON, philosophe du XIX-XXème siècle, définissait la douleur comme étant une « *sentinelle rapprochée qui protège notre corps* ». En effet, la douleur est comparable à un système d'alarme : lors d'une agression tissulaire, elle permet le déclenchement des réponses réflexes et comportementales qui ont pour finalité de supprimer la cause de cette agression et donc d'en limiter les conséquences.

Le système nociceptif peut être activé par des stimulations de différents types : thermiques, chimiques, électriques, mécaniques... Un message nerveux nociceptif sera alors transmis au cerveau par l'intermédiaire des nerfs périphériques, et sera transformé en douleur. Pour ce faire, le message nociceptif emprunte des voies sensitives composées de deux types de fibres différentes : les fibres A δ , peu myélinisées, et les fibres C, amyélinisées. La transmission de l'influx douloureux jusqu'aux centres supérieurs est donc lente, contrairement aux messages moteurs et tactiles, qui sont eux véhiculés par les fibres A α et A β , très myélinisées.

Il existe ainsi une double composante dans la sensation douloureuse transmise par les 2 types de fibres :

- Une douleur rapide, précise, à valeur localisatrice (à type de pincement, de piqûre...) supportée par les fibres A δ . Ces fibres permettent à une activité réflexe de se développer en quelques millisecondes (réflexe de retrait de la source douloureuse).
- Une douleur retardée, de nature plus sourde et moins localisée (à type de brûlure ou d'écrasement) sous la responsabilité de fibres C. Ces fibres C ne permettent que l'apparition de phénomènes réflexes lents, parfois de latence supérieure à la seconde.

Cette double composante est liée aux différentes vitesses de conduction des fibres A δ et C, et explique la façon particulière dont on ressent la douleur lorsqu'on se blesse : d'abord une douleur aiguë, vive et précise qui fait place, quelques secondes plus tard, à une douleur plus diffuse et plus sourde.

Les principaux récepteurs de la douleur, appelés nocicepteurs, sont des terminaisons nerveuses libres et ramifiées, spécifiques ou polymodales, réparties dans tous les organes et tissus, à l'exception du cerveau. La répartition de ces récepteurs est globalement homogène au niveau de la peau, ce qui permet une bonne localisation de la douleur, contrairement aux autres tissus où elle est moins bien organisée, ce qui explique les difficultés de localisations de douleurs d'origine plus profonde.

Une stimulation agressive suffisamment forte va déclencher la libération de substances algogènes par les cellules lésées qui vont venir activer les nocicepteurs. Le stimulus nociceptif sera transformé en une activité électrique par un phénomène de transduction. L'influx nociceptif sera alors conduit par un protoneurone jusqu'à la corne postérieure de la moelle épinière, qui fera synapse avec un deuxième neurone situé dans la substance grise spinale. Ce deuxième neurone, appelé aussi deutoneurone, assurera à son tour la transmission du message jusqu'au thalamus, considéré comme un centre de triage de l'information sensorielle. Il y a, lors de la transmission du message nociceptif à ce deutoneurone, un phénomène de décussation, c'est-à-dire que les fibres nerveuses vont croiser la ligne médiane et traverser du côté controlatéral de la moelle épinière. C'est ce phénomène de décussation qui explique que les informations thermo-algiques de l'hémicorps droit seront traitées par l'hémisphère gauche du cerveau, et inversement.

Enfin, un troisième neurone servira de relais entre le thalamus et les différentes structures cérébrales qui vont traiter le message.

L'intégration de la douleur est un processus complexe qui nécessite une distribution de l'information dans plusieurs régions du cortex cérébral. Il est possible de dissocier le système du traitement de la douleur en un système latéral principalement associé à l'aspect sensori-discriminatif et un système médian principalement associé aux aspects affectif, motivationnel et cognitif.

C- Modulation du message douloureux

Le message nociceptif va être modulé tout le long de son trajet jusqu'au cerveau : il n'arrive pas brut au niveau cortical. Des systèmes de contrôle de la douleur vont moduler le message : on parle d'analgésie interne, liée aux voies descendantes de la douleur.

Une première modulation du message nociceptif se fait à l'étage médullaire, selon la théorie de la « porte » ou « gate control », décrite par MELZACK et WALL en 1965. Cette théorie postule que, lorsque les messages tactiles véhiculés par les fibres de gros calibre ($A\alpha$ et $A\beta$) prédominent sur la sensation douloureuse, ils bloquent les informations nociceptives (véhiculées par les fibres $A\delta$ et C) à leur entrée dans la moelle épinière et « maintiennent la porte fermée », afin que le message nociceptif ne parvienne pas jusqu'au cerveau. Lors de la survenue d'une stimulation agressive suffisamment forte, les informations nociceptives prennent le dessus sur les messages tactiles et vont déclencher l'« ouverture de la porte », permettant la perception de la douleur au niveau des centres supérieurs. Ce gate control permet d'expliquer notamment que, lorsque l'on se cogne, notre premier réflexe sera de frotter activement la zone douloureuse, ce qui déclenche une arrivée massive d'influx tactiles, refermant ainsi la porte et minorant la sensation douloureuse.

Certaines structures supra-spinales ont des effets inhibiteurs sur les influx nociceptifs. En effet, elles vont sécréter des opioïdes endogènes, substances naturelles produites par le corps qui vont aller inhiber la douleur.

D- Différents types de douleur

On distingue généralement trois différents types de douleur : la douleur par excès de nociception, la douleur neuropathique et la douleur dysfonctionnelle.

La douleur par excès de nociception ou douleur nociceptive fait suite à une atteinte tissulaire, interne ou externe, sans atteinte du système nerveux. C'est le type de douleur le plus fréquent. Les nocicepteurs enregistrent un excès d'informations nociceptives et transmettent un message douloureux au cerveau par un système de conduction nerveuse intègre (comme décrit précédemment). Il s'agit donc du fonctionnement normal du système sensoriel de la douleur.

La douleur nociceptive est d'intensité très variable, ressentie comme constante, localisée et souvent comme persistante ou pulsatile. Elle est généralement décrite par le patient en termes de coups de marteau, de déchirement, de torsion, de serrement... La douleur peut être reproduite lors de l'examen clinique par la mobilisation ou la palpation de la partie douloureuse, qui ne met pas en évidence une anomalie de sensibilité.

La douleur par excès de nociception répond habituellement bien aux antalgiques prescrits, et disparaît généralement une fois la lésion soignée.

La douleur neuropathique ou neurogène, selon l'IASP, est une douleur liée à une lésion ou une maladie affectant le système somato-sensoriel. Elle peut être de deux types, périphérique ou centrale.

La douleur neuropathique périphérique est consécutive à l'atteinte d'un nerf localisé hors du cerveau et de la moelle épinière. Cette atteinte peut être due à une maladie qui affecte tout le corps (diabète, SIDA), à l'abus d'alcool, aux effets secondaires d'un médicament (qui serait toxique pour les nerfs), ou bien à une atteinte plus ciblée, comme une tumeur sur un nerf ou une lésion traumatique post-opératoire.

La douleur neuropathique centrale, quant à elle, est consécutive aux lésions affectant les voies sensitives ou celles du contrôle de la douleur au niveau médullaire et cérébral. Elle peut apparaître par exemple à la suite d'un accident vasculaire cérébral, d'un traumatisme, d'une tumeur, d'une sclérose en plaque...

Le diagnostic de douleur neuropathique se fait essentiellement à travers la clinique, dans l'entretien avec le patient et son examen. L'examen clinique met généralement en évidence une anomalie de la sensibilité. On retrouve des signes d'hypersensibilité, comme une allodynie (douleur provoquée par un stimulus habituellement non douloureux) ou une hyperalgésie (réponse exagérée à une stimulation douloureuse), ou bien des signes d'hyposensibilité, telles une hypoalgésie (diminution de la douleur évoquée par un stimulus douloureux) ou une analgésie (perte de sensibilité à la douleur). Pour la décrire, le patient évoque des sensations de brûlure, de fourmillements (paresthésies) ou de décharges électriques.

Les douleurs neuropathiques surviennent même en l'absence de stimulation nociceptive et ont la particularité d'être très difficiles à traiter car peu sensibles aux traitements antalgiques classiques. C'est pourquoi sont souvent associés un traitement antidépresseur et/ou antiépileptique dans la prise en charge médicamenteuse de ce type de douleur.

Dans le cas de douleurs dysfonctionnelles, autrefois appelées douleurs psychogènes ou *sine materia*, l'étiologie de la douleur est très difficile à objectiver. En effet, le patient rapporte un vécu douloureux malgré une absence de lésion identifiée. C'est le cas par exemple des fibromyalgies, des troubles fonctionnels intestinaux ou des céphalées de tension (migraines). Parmi les hypothèses concernant l'origine de ces troubles sont évoqués un dysfonctionnement des voies de modulation de la douleur, mais également la possibilité de l'expression d'un conflit psychique dont le patient n'aurait pas conscience.

E- Composantes de la douleur

La douleur est donc un phénomène complexe, et l'on distingue quatre composantes interactives dans la perception de la douleur : sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, cognitive et enfin comportementale. L'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, qu'ils soient passés ou présents.

1- Composante sensori-discriminative

La composante sensori-discriminative est ce que le sujet « sent » de sa douleur. Elle correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent le décodage de la qualité (brûlure, décharges électriques, torsion, etc.), de la durée (brève, continue, etc.), de l'intensité et de la localisation des messages nociceptifs. Les performances du décodage des messages nociceptifs sont faibles : par exemple, la localisation des douleurs profondes et en particulier viscérales est imprécise. De même que la douleur peut manquer dans de nombreux cas ou apparaître tardivement, comme dans certains cancers par exemple.

Pour le clinicien, l'écoute attentive de la description de la sensation douloureuse par le patient est une étape indispensable de l'évaluation, car elle fournit des renseignements sur l'étiologie de la douleur.

2- Composante affectivo-émotionnelle

La composante affectivo-émotionnelle est ce que le sujet « ressent » de sa douleur. Elle fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui confère sa tonalité désagréable, agressive, pénible, difficilement supportable. Elle peut se prolonger vers des états émotionnels voisins comme l'anxiété ou la dépression. La composante affectivo-émotionnelle est déterminée non seulement par le stimulus nociceptif lui-même, mais aussi par le contexte dans lequel il apparaît. La signification de la maladie et l'incertitude de son évolution sont par exemple des facteurs qui vont venir moduler cette composante de la douleur.

Le clinicien se doit d'évaluer systématiquement le niveau de détresse psychologique du patient, ainsi que les niveaux d'anxiété et de dépression.

3- Composante cognitive

La composante cognitive de la douleur est ce que le sujet « comprend » de sa douleur. C'est l'ensemble des processus mentaux susceptibles d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales qu'elle détermine : valeurs attribuées à la douleur, anticipations, références à des expériences douloureuses antérieures, interprétation des avis médicaux... L'ensemble des pensées et interprétations qui accompagnent une lésion participe à la sensation finale.

4- Composante comportementale

Enfin, la composante comportementale est ce que le sujet « dit et montre » de sa douleur. Elle englobe l'ensemble des manifestations verbales et non verbales observables chez la personne qui souffre (plaintes, mimiques, postures antalgiques, impossibilité de maintenir un comportement normal, etc.). Ces manifestations peuvent apparaître comme réactionnelles à une douleur perçue. Elles assurent également une fonction de communication avec l'entourage : les réactions de l'entourage peuvent interférer sur les plaintes et les postures antalgiques du patient.

Ce que le sujet donne à voir de sa douleur dépend étroitement de facteurs culturels, éducationnels et environnementaux, de standards sociaux liés à l'âge et au sexe... Il faut bien comprendre qu'il n'y a pas de lien de proportionnalité entre la sévérité des douleurs et la force de ces manifestations.

La douleur apparaît donc comme un phénomène multidimensionnel et non comme une réaction simple. Cela peut-il expliquer la difficulté à soulager une douleur qui se chronicise ?

II- Douleur aiguë / Douleur chronique

A- Douleur aiguë

La douleur aiguë survient généralement suite à une lésion tissulaire brutale (coupure, piqûre, lésion inflammatoire, etc). Comme décrite précédemment, elle agit comme un système d'alarme dont le but est d'informer l'organisme que l'intégrité corporelle est menacée. La douleur aiguë est donc considérée comme utile et salvatrice, permettant au sujet de réagir à l'agression, qu'elle soit interne ou externe.

La douleur aiguë est une sensation douloureuse qui peut être transitoire, causée par un traumatisme modéré, ou plus durable (de quelques jours à quelques semaines), comme celle qui révèle une maladie. Dans ce cas, la douleur s'estompera lorsque la lésion causale sera correctement soignée à l'aide d'un traitement médical. L'objectif du soin est donc curatif.

B- Douleur chronique

1- Définition

Mais quand la douleur dure trop longtemps et finit par s'installer, elle perd tout rôle de protection et de signal. René LERICHE, chirurgien et physiologiste français, estime dès 1937 que la douleur chronique est une maladie à part entière. Il parle de « *douleur-maladie* », opposée à la « *douleur-symptôme* » qu'est la douleur aiguë.

François BOUREAU définit la douleur chronique de la manière suivante : « *Nous utiliserons le terme de syndrome douloureux chronique pour décrire l'ensemble des manifestations physiques, psychologiques, comportementales et sociales qui tendent à faire considérer la douleur persistante, quelle que soit son étiologie de départ, plus comme une "maladie en soi" que comme le simple signe d'un désordre physiopathologique sous-jacent* »².

La douleur chronique se caractérise par sa durée d'évolution longue (supérieure à trois à six mois), et par une réponse insuffisante au traitement. La Haute Autorité de Santé considère que l'on peut parler de douleur chronique quand elle génère une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient, dans ses activités de la vie quotidienne (au domicile comme à l'école ou au travail). Elle peut être accompagnée de manifestations psychopathologiques et de difficultés du patient à s'adapter à la situation. De plus, on remarque fréquemment ses demandes insistantes de recours à des médicaments ou à des procédures médicales souvent invasives, alors qu'il déclare par ailleurs leur inefficacité à le soulager.

La douleur chronique a donc des répercussions majeures sur le sujet atteint et sur sa vie.

2- Répercussions

- **Répercussions physiques** :

Les personnes souffrant de douleurs chroniques rapportent souvent un état de grande fatigue. Les patients évoquent souvent que la douleur les réveille la nuit, et qu'ils peinent à trouver une position confortable où la douleur ne se fait pas sentir.

² Cité par FERRAGUT E. et al. (1995).

La fatigue peut être le résultat direct d'un état douloureux nuisant à la qualité du sommeil, mais aussi de l'énergie que la personne dépense pour affronter la douleur.

La douleur chronique entraîne également de fréquentes perturbations de l'alimentation, liées à la douleur elle-même, mais aussi à son traitement. Le risque nutritionnel est élevé, avec des carences, une prise ou une perte de poids. Ceci est explicable par la diminution de l'activité physique et la fonte musculaire, ainsi que par la prise d'aliments prêts à consommer et l'augmentation du grignotage.

De plus, la mobilité va être altérée chez le patient douloureux chronique, car les douleurs vont limiter et interdire certains mouvements. Cela provoque une perte d'autonomie importante pour le sujet qui n'est plus en mesure de réaliser les activités de la vie quotidienne.

Les peurs et craintes reliées à la douleur entraînent souvent chez le sujet douloureux un évitement des activités considérées comme pouvant provoquer ou augmenter la douleur, ou pouvant aggraver une lésion. Il va chercher à adopter des positions antalgiques et va réduire considérablement ses activités et sa motricité, restant souvent en position allongée. Apparaît alors un véritable ralentissement psychomoteur. On utilise le terme de "kinésiophobie" pour définir cette peur ou appréhension du mouvement. Cette crainte du mouvement générateur de douleurs va peu à peu amener le patient vers un déconditionnement physique qui, à son tour, accroît l'incapacité et la survenue des douleurs. Des troubles de la régulation tonique sont également fréquents chez le sujet douloureux.

- Répercussions psychologiques :

Les patients douloureux chroniques sont très souvent dans une grande détresse psychologique.

La douleur peut générer de l'anxiété, et cette dernière va entraîner une hypervigilance et un comportement d'évitement. Le sujet anxieux va se montrer plus attentif à ses sensations corporelles et en particulier aux douloureuses. Cette hypervigilance a comme conséquences une exacerbation de la perception de la douleur et une augmentation de l'impact de la douleur sur les comportements. La personne anxieuse va donc mettre en place des comportements d'évitement, en renonçant à toute action pour laquelle il craint une douleur éventuelle (kinésiophobie). Liée à une vision catastrophique de la douleur,

l'anxiété réduit chez le sujet sa capacité de contrôle de la douleur, et peut favoriser la chronicisation du phénomène douloureux.

Lorsqu'elle se chronicise, la douleur peut entraîner une dépression du sujet souffrant, qui se sent impuissant face à l'ampleur de la douleur. F. BOUREAU présente les signes dépressifs retrouvés dans le syndrome douloureux chronique : tristesse, troubles du caractère, perte des intérêts, fatigabilité, troubles de l'attention, insomnie.

- Répercussions familiales :

La douleur chronique n'affecte pas seulement le patient, mais aussi tout le système familial. En retour, la réaction du système familial face à la douleur de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur sa vulnérabilité et ses ressources.

Puisque la douleur chronique impacte le sujet dans la réalisation des activités de la vie quotidienne, on observe alors souvent une redistribution des rôles et des tâches au sein de la famille. Celle-ci peut éprouver de la peine devant la souffrance de son proche et se resserrer autour de lui, au risque de gêner le patient qui va alors culpabiliser et se replier davantage sur lui-même. Si elle l'aide trop, elle risque d'entretenir la maladie qui va s'aggraver. À l'inverse, il arrive que la famille se laisse gagner par la lassitude, l'incompréhension. Les personnes douloureuses chroniques sont parfois rejetées par leurs proches qui perdent patience face aux plaintes douloureuses perpétuelles. Ces douleurs représentent un réel handicap, souvent imperceptible par autrui. La non-reconnaissance de la douleur par l'entourage constitue à elle seule une véritable souffrance pour le sujet.

- Répercussions sociales et professionnelles :

Enfermé dans sa douleur, le sujet douloureux chronique se replie sur lui-même. Craignant souvent le regard d'autrui, il s'isole et se désinsère, ce qui va alimenter dans le même temps une mise à distance du sujet de la part de l'entourage social.

Au niveau professionnel, les douleurs et leurs conséquences néfastes peuvent nuire à la capacité de travailler du sujet souffrant. On remarque alors de fréquents arrêts de travail, qui peuvent conduire à une mise en invalidité professionnelle, avec les répercussions financières évidentes que cela génère.

Evidemment, ces différentes dimensions de la vie du sujet sont intriquées, et on observe un phénomène d'amplification réciproque entre elles. Bien que localisée en apparence, la douleur chronique atteint pratiquement tout l'individu. Pour R. LERICHE, « *La lutte contre la douleur est une usure. [...] En peu de temps elle fait de l'esprit le plus lumineux un être traqué, replié sur lui-même, concentré sur son mal. En fait la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme* » (1937).

De plus, la douleur chronique est difficile à comprendre car sa cause n'est pas toujours visible, ni même connue. Elle augmente, diminue, disparaît ou réapparaît sans que l'on sache toujours expliquer pourquoi. Les patients rapportent très souvent lors de l'entretien des douleurs imprévisibles, évoluant par pics, dont la localisation est variable.

3- Chronicisation de la douleur

Les mécanismes qui mènent à la chronicisation des douleurs sont encore méconnus à l'heure actuelle. Les facteurs en cause sont le plus souvent intriqués. Ils peuvent être d'ordre somatique (source nociceptive persistante, lésion ou dysfonction nerveuse), d'ordre psychologique (anxiété, dépression, interprétations « catastrophistes », comportements d'évitements) ou d'ordre environnemental (renforcement de comportements douloureux par le contexte familial, professionnel ou médical). Les facteurs psychosociaux et émotionnels peuvent agir comme facteurs de vulnérabilité, de maintien ou d'amplification du processus douloureux, et conduire à sa pérennisation. Plus la douleur se chronicise, plus l'importance des causes organiques diminue au profit des facteurs psychosociaux, comportementaux et relationnels.

4- La douleur comme traumatisme

La douleur peut aussi être considérée comme une expérience violente, effractante, susceptible de déborder les capacités d'adaptation de l'individu. Elle peut constituer une véritable expérience traumatique en soi. On considère qu'il y a traumatisme quand l'expérience vécue (ici l'expérience douloureuse) déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet, c'est-à-dire ses compétences à penser et à donner du sens à ce qu'il vit. Le traumatisme lié à la douleur est donc à la fois corporel et psychique.

Sigmund FREUD décrit la douleur comme une "irruption de tension" responsable pour le psychisme d'une effraction. Dès la fin du XIXe siècle, il souligne donc l'aspect traumatique de la douleur, en ce sens qu'elle provoque une brèche dans les défenses psychiques du sujet. Cette effraction dans le psychisme du sujet est responsable d'une paralysie des opérations mentales. Le patient se focalise alors sur la zone corporelle douloureuse. Selon S. Freud, « *dans le cas de la douleur corporelle, il se produit un investissement élevé et qu'il faut qualifier de narcissique de l'endroit du corps douloureux, investissement qui ne cesse d'augmenter et qui tend pour ainsi dire à vider le moi* »³.

La douleur provoque donc une faille dans les défenses psychiques du sujet souffrant, qui se recentre sur son corps autour du phénomène douloureux. Suite à ce surinvestissement narcissique, apparaît un désinvestissement conjoint du monde extérieur et d'autrui, et pour finir de tout ce qui n'est pas la douleur. Plus elle augmente, plus le sujet se vit uniquement comme douleur. Il peut parfois aller jusqu'à se couper de la perception de son corps par un phénomène de clivage, de dissociation. Selon Jean-Philippe LOUVEL et Mounia OMRANA, psychomotriciens, « *sous l'effet de l'insupportable qui devient incommunicable à soi-même et à l'autre, et invivable, l'être endolori se coupe de lui-même, il se dissocie pour ne plus vivre l'intolérable* » (2015, p.151).

La douleur revêt alors un caractère traumatique, car elle est liée à une absence de préparation et à l'impossibilité pour le sujet de fuir l'expérience douloureuse. Il va alors s'efforcer de colmater cette faille dans ses défenses psychiques par un renforcement tonique, qui est également l'un des éléments responsables de l'augmentation de la douleur.

Le caractère traumatique de la douleur est totalement subjectif : c'est uniquement la façon dont un sujet vit une situation, dont il y réagit, qui fait la sévérité du traumatisme.

³ Cité par LE BRETON, D. (2009, p. 326).

D'où l'importance majeure d'une prise en soin personnalisée et pluridisciplinaire de la douleur chronique.

III- Prise en soin de la douleur chronique

La douleur chronique étant souvent la conséquence de facteurs multiples, à la fois physiologiques, psychologiques, sociaux, familiaux..., il s'avère particulièrement complexe de l'évaluer et de la traiter.

C'est pourquoi la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la prise en charge pluridisciplinaire des personnes souffrant de douleurs chroniques. L'intervention de professionnels issus de disciplines différentes permet ainsi d'appréhender au mieux les diverses composantes de la douleur et de proposer une combinaison de techniques pharmacologiques, physiques, psychologiques et chirurgicales afin de tenter d'y pallier.

A- Structures d'évaluation et de traitement de la douleur

En cas de persistance de la douleur malgré le traitement en cours, le patient peut être orienté vers une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique. Il pourra ainsi bénéficier d'un avis diagnostique et thérapeutique complémentaire, à travers une évaluation approfondie et multidimensionnelle des déterminants et des mécanismes de la douleur, et une réévaluation du traitement médicamenteux. De plus, la mise en œuvre de l'évaluation ou de la prise en charge du patient sera facilitée par la structure spécialisée, particulièrement lorsqu'une approche pluridisciplinaire s'avère nécessaire.

Parmi les structures d'évaluation et de traitement de la douleur chronique, on retrouve trois types d'organisation différents. Les consultations pluridisciplinaires, implantées au sein des établissements de santé publics ou privés, permettent une approche globale du patient douloureux chronique : prévention, soin, réinsertion, prise en compte du contexte familial, social et professionnel. Les unités pluridisciplinaires disposent, en plus des consultations, de lits d'hospitalisation et/ou des places en hôpital de jour spécifiques à l'évaluation et au traitement de la douleur. Enfin, les centres d'évaluation et de traitement de la douleur, implantés dans certains centres hospitalo-universitaires, ont une triple

mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils permettent ainsi d'aborder conjointement la prise en charge des malades, la formation des médecins et du personnel soignant et les différents aspects de la recherche sur la douleur.

Les structures accueillant des patients douloureux chroniques ont donc pour mission d'appréhender la douleur selon un modèle biopsychosocial, puisque les facteurs psychologiques et sociaux doivent être considérés au même titre que les facteurs biologiques dans l'étiologie de la maladie. Il ne s'agit pas seulement de réduire l'intensité de la douleur, mais aussi d'améliorer l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, ainsi que la qualité de vie du patient douloureux. La prise en soin du patient douloureux doit s'appuyer premièrement sur une démarche évaluative, puis sur un traitement multimodal dont l'objectif ne sera pas tellement curatif, mais plutôt réadaptatif. Les objectifs de cette prise en soin réadaptative seront de favoriser la reprise et la réalisation des activités de la vie courante et d'améliorer les capacités et l'endurance physiques du patient. Il s'agira également de réduire la détresse psychologique qui accompagne souvent la douleur chronique, et enfin d'améliorer l'autogestion de la douleur et d'apprendre au patient à percevoir les signes annonciateurs d'un pic douloureux.

B- La relation malade-médecin

Le premier contact avec le patient va être décisif dans l'établissement de l'alliance thérapeutique. Il est alors de l'intérêt du soignant d'être attentif à la plainte du patient. En effet, elle exprime la souffrance du patient et sa demande et, par sa manière de l'exprimer, il fournit des renseignements précieux sur sa personnalité et des orientations pour le diagnostic.

Dans le cadre d'une consultation de la douleur, la plainte du patient exprime évidemment la douleur du corps et les réactions émotionnelles et psychologiques qu'elle entraîne. Mais, pour Eliane FERRAGUT, « *elle est souvent un moyen pour faire apparaître, sans la nommer, une souffrance d'une autre nature, cachée derrière la plainte somatique. Il faut alors décoder le sens profond attribué à cette douleur et trouver la vraie demande du patient* » (2008, p. 119).

L'entretien doit donc favoriser l'expression du patient, de son vécu, de ses émotions, tout en étant contenant et sécurisant. La communication doit être ouverte sur la vie du sujet, et non pas uniquement centrée sur le symptôme : cela permet parfois au patient de prendre conscience par lui-même de la dimension psychologique qui sous-tend sa douleur.

C- Evaluation de la douleur en structure spécialisée

La douleur étant une expérience sensorielle et émotionnelle subjective, l'évaluer est essentiel pour différentes raisons.

Tout d'abord, l'évaluation initiale de la douleur chronique permet de faire la synthèse de ce qui a été fait auparavant. Il convient de prendre en compte les demandes du patient et du médecin, de vérifier les faits cliniques et diagnostiques et de s'assurer que les traitements en cours sont correctement suivis par le patient. Cette évaluation vient également compléter les éventuelles évaluations antérieures.

De plus, certains patients n'évoquent aucune plainte de façon spontanée, pour des raisons parfois culturelles, ou bien en raison d'une appréhension, ou encore pour ne pas risquer de déranger l'équipe soignante. Pour ces patients, l'évaluation va leur permettre de se sentir reconnus et soutenus face à leur vécu douloureux, et ainsi de pouvoir le mettre en mots.

L'évaluation de la douleur permet également d'objectiver le vécu subjectif du patient, et donc de donner des repères à l'équipe soignante à propos de l'origine de la douleur ou du traitement à proposer. Elle va permettre de déterminer plus précisément la localisation du phénomène douloureux, son intensité, sa temporalité, ses différentes manifestations, ainsi que le retentissement de celui-ci sur la qualité de vie du patient.

Afin de réaliser cette évaluation, il existe un certain nombre d'outils à disposition de l'équipe soignante, souvent sous forme d'échelles ou de questionnaires.

Les échelles unidimensionnelles permettent d'évaluer la douleur selon une seule de ses caractéristiques, à savoir son intensité. Il existe également des échelles d'évaluation multidimensionnelles de la douleur, qui vont explorer à la fois la dimension sensorielle de la douleur mais aussi son retentissement émotionnel chez le patient. Le questionnaire douleur

de Saint-Antoine (QDSA), par exemple, est réalisé par le patient en auto-évaluation. Dans ce questionnaire, seize groupes de mots lui sont proposés afin de qualifier sa douleur, classés par ordre croissant de gravité (par exemple : fatigante, énervante, éreintante). Le patient doit ensuite attribuer une note de 0 à 4 à chacun des mots en fonction de son ressenti (0 pour “pas du tout – absent” à 4 “extrêmement – extrêmement fort”).

On utilise également l'échelle du bonhomme : on présente au patient le dessin d'un bonhomme de face et de dos, il lui est demandé de choisir une couleur en fonction de l'intensité de sa douleur et de colorier les zones qui lui font mal. Cet outil est intéressant dans les douleurs chroniques, car il permet de mettre en avant la localisation des douleurs, ainsi que leur évolution dans le temps. Il permet également au patient, à travers cette représentation, de symboliser son vécu douloureux.

Ces différents outils vont donc permettre d'évaluer la douleur que ressent le patient. Cependant, il convient de ne pas la réduire au simple résultat d'une cotation. Il faut garder à l'esprit que plus que la douleur en elle-même, c'est le vécu douloureux du patient que l'on cherche à appréhender. Quand le patient se plaint de douleurs, il est nécessaire de croire en son mal-être et de se demander dans quelles conditions celles-ci surviennent afin de chercher à les soulager. Comme le souligne D. LE BRETON : « *La douleur ne se prouve pas, elle s'éprouve... Seule est souveraine la parole du patient sur son ressenti. S'il dit qu'il souffre, nul n'est en position d'en douter ou de minimiser sa peine et il doit recevoir le soulagement qu'il réclame* »⁴.

Le but de cette évaluation initiale de la douleur chronique sera donc de préciser les mécanismes de la douleur, et les dimensions qui y sont intriquées (composante physique, psychologique, cognitive, sociale et professionnelle). Le professionnel pourra également mettre en avant d'éventuelles résistances, incohérences relevées dans le discours du patient ou les bénéfices secondaires. Il repèrera aussi les conséquences de la douleur chronique sur la qualité de vie et les activités quotidiennes, pouvant conduire à une demande de reconnaissance de situation de handicap. Les ressources susceptibles d'aider le patient à faire face à la douleur seront également explorées.

De plus, pour tout patient en âge scolaire ou en activité professionnelle, il est recommandé de rechercher ses caractéristiques scolaires ou professionnelles avant

⁴ Cité par CHAUFFOUR-ADER, C. et DAYDE, M. (2012, p. 73).

l'épisode douloureux, les conséquences de la douleur sur ses activités scolaires ou professionnelles ainsi que les conséquences sociales et financières selon la situation du patient.

A l'issue de l'évaluation de la douleur chronique par la structure spécialisée, les professionnels doivent rencontrer le patient afin de faire le point sur sa situation. Ils doivent valider ou modifier la prise en soin en cours, expliciter la stratégie thérapeutique proposée (objectifs, traitements proposés, intervenants, orientation ultérieure...), et proposer si nécessaire un programme de prise en soin multidisciplinaire. Un accompagnement social peut également être proposé au patient afin de l'aider dans les démarches à entreprendre.

Au terme de cette évaluation, si les professionnels estiment que la prise en soin actuelle est adéquate, ou si l'orientation en structure spécialisée leur semble inappropriée, le patient sera réorienté vers le médecin demandeur.

Si elle s'avère nécessaire, la prise en soin du patient peut être réalisée au sein de la structure spécialisée, du fait de sa situation clinique mais aussi des possibilités offertes par la structure. Ainsi, le patient douloureux chronique bénéficiera d'une prise en soin pluridisciplinaire délivrée par les professionnels de la structure spécialisée en fonction de ses besoins, afin de soulager au mieux ses douleurs.

D- Traitement de la douleur chronique

Selon l'article L1110-5 du Code de la Santé Publique (février 2016), « *Toute personne a [...] le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées* ».

Ainsi, l'équipe soignante se doit de soulager au mieux la souffrance du patient douloureux chronique, au travers de thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses.

1- Thérapie médicamenteuse :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les médicaments antalgiques en trois niveaux selon leur puissance d'action :

- Niveau 1 ou antalgiques non opioïdes : Ces antalgiques sont destinés aux douleurs de faible ou de moyenne intensité. Il s'agit du paracétamol, de l'aspirine et des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Niveau 2 ou antalgiques morphiniques faibles : Ils sont destinés au traitement des douleurs modérées à fortes (codéine, Tramadol®, médicaments à base d'opium)
- Niveau 3 ou antalgiques morphiniques forts : Ces derniers sont réservés au traitement des douleurs de forte intensité.

Lors de la délivrance d'un traitement antalgique, le médecin respecte généralement ces différents paliers de traitement. Il prescrit en première intention un antalgique de niveau 1, et passera à un antalgique de niveau 2 si le premier ne suffit à soulager efficacement le patient. Cependant, en cas de douleurs trop intenses, le médecin pourra prescrire directement un antalgique morphinique faible ou fort.

Des antalgiques sont également disponibles sous forme d'emplâtres, pour une action antalgique locale à diffusion progressive (Versatis® dans le cas de douleurs neuropathiques).

Associés au traitement antalgique classique, on retrouve la prescription de médicaments co-antalgiques. Ce sont des médicaments qui agissent sur la douleur, sans pour autant être des antalgiques au sens pharmacologique du terme. Parmi ceux-ci, on trouve les corticoïdes, aux propriétés anti-inflammatoires et anti-œdémateuses. Ils sont à utiliser avec précaution, car sources de nombreux effets indésirables. Des myorelaxants sont également fréquemment prescrits, surtout dans les affections qui s'accompagnent de contractures musculaires.

Le patient douloureux chronique se voit souvent prescrire également un traitement antidépresseur. Nécessaires pour lutter contre la dépression qui accompagne bien souvent les douleurs chroniques, les antidépresseurs ont aussi montré un effet antalgique intéressant, principalement dans le cas de douleurs neuropathiques périphériques et centrales.

C'est également le cas des médicaments antiépileptiques, dont la douleur n'est pourtant pas l'indication première. Utilisés régulièrement dans la pratique, ils sont prescrits afin de traiter la composante paroxystique à type de décharge des douleurs neuropathiques.

2- Education thérapeutique du patient

Selon l'OMS⁵, « *l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* ». Elle existe également dans le cas des douleurs chroniques.

L'éducation thérapeutique du patient douloureux chronique ou ETP a pour but de l'aider à comprendre au mieux ses douleurs et leur traitement, comment les éviter ou les minorer, et également de l'aider à maintenir et améliorer sa qualité de vie. Elle se compose d'ateliers organisés spécialement conçus pour rendre les patients conscients et informés sur leurs douleurs, sur les soins et les comportements liés à la santé et à la maladie.

Les finalités spécifiques de l'ETP sont :

- l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'autosoins : soulager ses douleurs, savoir comment et quand prendre son traitement, modifier son mode de vie, communiquer avec l'entourage...
- la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation : savoir gérer ses émotions et son stress (facteurs majorant la douleur), se connaître soi-même, se fixer des buts à atteindre...

Lorsqu'elle est collective, l'ETP permet aux patients douloureux chroniques d'échanger autour de leur expérience de la douleur et des stratégies compensatoires mises en œuvre pour tenter d'y pallier. C'est alors le patient qui est acteur de l'ETP, autour d'une réflexion partagée.

⁵ Citée par la Haute Autorité de Santé (2007, Juin).

3- Thérapies non médicamenteuses

Comme nous avons pu le constater précédemment, les traitements médicamenteux suffisent rarement à soulager totalement le patient douloureux chronique. Il est donc nécessaire d'envisager différentes façons de pallier ses douleurs à travers des thérapies non médicamenteuses. Le modèle interdisciplinaire est considéré par la Haute Autorité de Santé comme optimal pour les douleurs chroniques : les guides de pratique recommandent la prise en soin de la douleur chronique par des équipes intégrées composées de médecins, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, travailleurs sociaux, etc. Les membres de ces équipes se rencontrent régulièrement pour discuter des cas des malades, utilisent un système de dossiers communs, et ont une approche commune de prise en soin des patients.

La kinésithérapie occupe une place importante au sein de l'équipe de soins dans la prise en soin de douleurs chroniques. Par les techniques qui lui sont propres (mobilisations, étirements, massages,...), le kinésithérapeute va contribuer à l'amélioration de la qualité de vie du patient, en soulageant les douleurs présentes et en prévenant l'apparition de nouvelles douleurs. Le travail peut également se faire en balnéothérapie, l'eau offrant un milieu sécurisant propice à la détente musculaire. La stimulation électrique transcutanée ou TENS peut aussi être proposée par le kinésithérapeute, mais également utilisée par le patient dans une démarche autonome. Elle consiste en l'envoi de stimuli électriques via un générateur portable, par l'intermédiaire d'électrodes appliquées sur la peau du patient. L'utilisation du TENS s'explique par la théorie du « gate control » : c'est la stimulation des fibres non nociceptives qui va induire l'effet antalgique.

L'équipe soignante peut également proposer au patient l'utilisation du chaud et/ou du froid afin de soulager la douleur lorsqu'elle survient. La thermothérapie (thérapie par le chaud) sera davantage proposée dans le cas de douleurs musculaires ou articulaires, tandis que la cryothérapie (par le froid) trouve son intérêt dans les douleurs inflammatoires aiguës, car elle permet de réduire les œdèmes et hématomes.

L'ergothérapie peut également être proposée au patient douloureux. En effet, ses douleurs l'empêchent généralement d'effectuer un certain nombre d'activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute va contribuer à l'identification des « situations problèmes », afin de les restructurer et les adapter en fonction des possibilités actuelles du patient. Il participe donc à la réhabilitation du patient dans ses capacités fonctionnelles et dans les

activités de la vie quotidienne. L'ergothérapeute va également contribuer à la mise en place de tout ce qui est appareillage et matériel spécialisé.

Souffrir de douleurs chroniques ne doit pas être synonyme d'inactivité. Afin d'accompagner le patient à la reprise d'une vie plus active, des séances d'activité physique adaptée peuvent être mises en place. Elles auront pour visée principale un maintien des fonctions physiques et de la tolérance à l'effort, diminuant également l'intensité et la survenue de douleurs.

Afin d'éviter les carences nutritionnelles et la prise ou perte de poids, le patient peut également être accompagné dans la mise en place de mesures hygiéno-diététiques.

De plus, la chronicisation de la douleur ayant des répercussions psychologiques majeures sur le sujet souffrant, un accompagnement psychologique peut lui être proposé.

Des thérapies à médiation corporelle pourront également être mises à disposition du patient douloureux : hypnose, sophrologie, art thérapie, jeu dramatique, relaxation... La plupart peuvent être assurées par le psychomotricien.

IV- La douleur chronique en psychomotricité

Selon Julian DE AJURIAGUERRA, « *la psychomotricité est une technique qui par le truchement du corps et du mouvement s'adresse à l'être dans sa totalité. [...] Son but est de permettre de mieux se sentir, et ainsi par un meilleur investissement de sa corporalité, de se situer dans l'espace, le temps, le monde des objets, et de parvenir à une harmonisation de ses modes de relation à autrui* ».

La psychomotricité est une approche globale de la personne. Elle s'intéresse, dans une démarche de prévention et de soin, à l'ensemble des réalisations corporelles du patient, considérées sous l'angle de leur relation avec sa vie psychique, affective et relationnelle. Le psychomotricien accompagne le patient afin qu'il trouve ou retrouve un équilibre psychocorporel, afin d'aller vers un mieux-être. Dans cette perspective, en agissant sur le versant moteur et corporel, il s'adresse au fonctionnement psychique du patient, c'est-à-dire aux fonctions intellectuelles, à la pensée, à l'état émotionnel, à la conscience de soi et aux relations qu'il entretient avec son environnement.

La douleur chronique génère des changements corporels importants chez le sujet souffrant et impacte également sa vie psychique et relationnelle. Des perturbations peuvent alors apparaître :

- Au niveau des perceptions sensorielles,
- Au niveau des capacités motrices,
- Au niveau de la régulation tonique,
- Au niveau des capacités relationnelles,
- Au niveau du sentiment que l'on a de soi (schéma corporel, image du corps...).

Par sa double approche corporelle et relationnelle, le psychomotricien a tout à fait sa légitimité à prendre en soin le patient douloureux chronique. Tout d'abord, le psychomotricien doit offrir une certaine qualité d'écoute au patient, afin de lui permettre de se sentir soutenu, reconnu et entendu dans sa souffrance. Il va se montrer attentif à la fois à l'expression verbale du patient, mais aussi à tous les messages non verbaux émis par son corps (posture, mimique, gestuelle, tonus, respiration...) et qui témoignent de son ressenti. Il va également l'accompagner dans une mise en mots de ses difficultés et de sa souffrance.

Dans la prise en soin de la douleur, le psychomotricien va pouvoir agir à différents niveaux :

- La gestion émotionnelle : Les émotions intenses sont souvent sources de tensions chez le patient, qui vont par la suite générer des douleurs. Le psychomotricien peut aider le patient à mieux gérer ses émotions, afin de réduire leur impact corporel.
- Prise en charge des troubles associés qui majorent la douleur (troubles du sommeil, anxiété, peur de la chute...).
- Favoriser une meilleure régulation tonique : Le sujet douloureux chronique présente généralement une difficulté à se détendre ou une hypertonie. Le psychomotricien peut, à travers certaines médiations, l'accompagner vers une détente corporelle.
- Vivre et ressentir son corps autrement qu'à travers la douleur : Par l'utilisation de médiations, le psychomotricien peut apporter au patient douloureux un vécu corporel différent en favorisant les sensations corporelles agréables.

- Aller vers une prise de conscience du corps : Il peut accompagner le patient vers une prise de conscience corporelle et une meilleure écoute de soi. Cela lui permettra de mettre du sens sur son vécu.
- Réinvestir le mouvement et diminuer la peur de celui-ci : Le psychomotricien peut contribuer, à travers des méthodes douces et ludiques, au réinvestissement de la motricité par le patient douloureux.
- Retrouver une certaine autonomie : Que ce soit par la gestion émotionnelle, la détente ou la reprise du mouvement, le psychomotricien fournit au patient des outils pour s'adapter à sa douleur, et retrouver une autonomie malgré cette dernière.
- Revalorisation et confiance en soi : Il peut également aider le patient à reprendre confiance en ses capacités physiques et en son corps.

Pour cela, le psychomotricien peut utiliser diverses médiations : la danse, le yoga, la production artistique, la balnéothérapie, la gymnastique douce, le toucher thérapeutique, et bien d'autres encore. La relaxation est une des médiations les plus couramment utilisées auprès de patients douloureux chroniques dans la suite de mon écrit.

La douleur chronique peut donc générer des perturbations au niveau de la représentation que l'on a de soi. Comment vient-elle impacter l'image du corps du sujet souffrant ?

PARTIE 2 - L'IMAGE DU CORPS

La notion d'image du corps est complexe, et sa définition peut varier d'un auteur à l'autre en fonction de ses influences théoriques.

Dans cette deuxième partie, je commencerai par définir l'image du corps d'un point de vue psychanalytique, selon Paul SCHILDER, Françoise DOLTO et Juan-David NASIO. Puis je présenterai l'image du corps en psychomotricité d'après les définitions de Jean-Michel ALBARET, Catherine POTEL et Éric W. PIREYRE. Pour finir, je présenterai l'atteinte de l'image du corps dans le cas de douleurs chroniques.

I- Image du corps en psychanalyse

Selon Juan-David NASIO, « *le corps qui intéresse la psychanalyse n'est pas notre organisme, corps ausculté et soigné par la médecine. Non, le corps qui nous intéresse est notre corps vivant, certes, mais tel que nous l'aimons ou le rejetons, tel qu'il est inscrit dans notre histoire et tel qu'il est impliqué dans l'échange affectif, sensuel et inconscient avec nos partenaires privilégiés* » (2008).

A- Selon Paul SCHILDER

C'est en 1935 que Paul SCHILDER expose pour la première fois une théorie de l'image du corps, qui s'appuie sur les connaissances en neurologie de l'époque et sur sa propre conviction qu'il existerait un système de prise d'informations sensorielles au sein de l'appareil neurophysiologique.

Il emploie le terme d'image du corps, qu'il assimile à celui de schéma corporel : « *Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Nous pouvons aussi l'appeler « image du corps », terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que la sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination* »⁶.

⁶ Cité par PIREYRE, E. W. (2015, p. 32).

Il apparente également l'image du corps à un « *modèle postural du corps* », en constante transformation et en continuelle élaboration à partir des changements de position du corps dans l'espace et des perceptions sensorielles.

P. SCHILDER intègre à sa conception de l'image du corps le rôle important de la libido, qu'il considère comme une « énergie ». Il estime que l'image du corps, au sens de l'équipement sensoriel, est investie, au cours du développement normal, par la libido. D'abord investie en totalité dans le corps, cette dernière peut ensuite se fixer sur des zones corporelles précises, et plus précisément les orifices car générateurs importants de sensations.

Il parle également de l'implication du facteur social dans l'image du corps. En effet, même si elle résulte de l'histoire personnelle du sujet, elle reste modelée par l'appartenance groupale. L'image du corps se construit donc pour P. SCHILDER dans la relation à l'autre et à travers l'interaction.

B- Selon Françoise DOLTO

Françoise DOLTO va elle aussi proposer une théorisation de l'image du corps, mais elle va la distinguer clairement du schéma corporel.

1- Schéma corporel et image du corps

Elle définit le schéma corporel comme étant « *une réalité de fait, il est en quelque sorte notre vivre charnel au contact du monde physique* » (1984). Elle ajoute que les expériences que nous faisons de notre réalité « *dépendent de l'intégrité de l'organisme, ou de ses lésions transitoires ou indélébiles, neurologiques, musculaires, osseuses, et aussi de nos sensations physiologiques viscérales, circulatoires (cénesthésies)* ». En principe « *le même pour tous les individus* », il est « *l'abstraction d'un vécu dans les trois dimensions de la réalité* », et « *se structure par l'apprentissage et l'expérience* ». Evolutif dans le temps et dans l'espace, le schéma corporel se référerait donc au « *corps actuel dans l'espace à l'expérience immédiate* ».

Contrairement au schéma corporel qui, pour F. DOLTO, est le même pour tous les individus, l'image du corps, elle, est propre à chacun, car elle serait liée au sujet et à son histoire. Elle précise que « *l'image du corps n'est pas une donnée anatomique naturelle comme peut l'être le schéma corporel* ». Elle serait « *la synthèse vivante de nos expériences émotionnelles : interhumaines, répétitivement vécues à travers les sensations érogènes électives, archaïques ou actuelles* ». De ce fait, l'image du corps s'éloignerait d'une dimension purement anatomique, et pourrait être considérée comme « *l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* ».

Pour F. DOLTO, l'image du corps est à chaque moment « *mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle* ». Elle serait donc actualisée dans la relation, par l'expression langagière, les mimiques et gestes, ainsi que dans les productions libres (modelage, dessin...).

Enfin, selon elle, l'image du corps et le schéma corporel s'articulent en permanence : « *c'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui* ».

2- Une image composite

F. DOLTO va détailler trois modalités au sein de l'image du corps, « *image de base, image fonctionnelle et image érogène, lesquelles toutes ensemble constituent et assurent l'image du corps vivant et le narcissisme du sujet à chaque stade de son évolution* » (1984). Elle ajoute que ces trois composantes de l'image du corps sont maintenues cohésives par « *l'image dynamique* ».

L'image de base est « ce qui permet au sujet de se ressentir comme une "mêmeté d'être" », c'est-à-dire de se sentir exister de façon continue, « *dans une continuité narcissique [...] ou spatio-temporelle qui demeure et s'étoffe depuis sa naissance* », malgré les mutations de sa vie, les déplacements de son corps et les épreuves qu'il subit. Cette image de base serait constitutive du « *narcissisme primordial* », qui anime le désir de vivre du sujet et est préexistant à sa conception à travers le désir de ses géniteurs.

L'image fonctionnelle est, quant à elle, une « *image sthénique d'un sujet qui vise l'accomplissement de son désir* », c'est-à-dire une image dynamique qui vise l'action pour satisfaire le désir. Ce phénomène correspond à un manque localisé dans le schéma corporel en un lieu érogène qui provoque le désir. Le sujet recherche alors de manière active la satisfaction de ses besoins et désirs dans la relation au monde et à autrui.

Enfin, l'image érogène est associée à l'image fonctionnelle du corps, dans le « *lieu où se focalisent plaisir et déplaisir érotique dans la relation à l'autre* ». Elle sert à ouvrir « *la voie d'un plaisir partagé, humanisant en ce qu'il a valeur symbolique* », qui peut être exprimé par des mimiques, des actes ou des mots (les siens mais également ceux d'autrui).

L'image du corps est donc, pour F. DOLTO, « *la synthèse vivante, en constant devenir, de ces trois images [...] reliées entre elles par les pulsions de vie, lesquelles sont actualisées pour le sujet dans [...] l'image dynamique* ». Cette image dynamique correspond au « *"désir d'être" et de persévérer dans un avenir* ».

Selon elle, l'image du corps se « *construit et se remanie tout au long du développement de l'enfant* ». Au contact de l'environnement, l'enfant va devoir renoncer aux modes de satisfaction, désormais inadaptés, de ses désirs. En renonçant à la satisfaction pulsionnelle de ses désirs, il va pouvoir accéder aux représentations symboliques et à la socialisation.

L'image du corps se développe, selon la théorie de F. DOLTO, avant l'âge de trois ans, et l'accès au stade du miroir amorce son refoulement. L'enfant, reconnaissant sa mère dans le miroir, se reconnaît alors comme autre séparé d'elle. Il constate également qu'il est semblable aux autres humains. Il réalise alors avec amertume que le reflet que le miroir lui renvoie n'est pas lui, et qu'il existe un écart important entre l'irréalité de son image et la réalité de sa personne. F. DOLTO considère cette désillusion comme un véritable traumatisme dans le psychisme infantile.

Dès lors, elle avance que « *le paraître se met à valoir, parfois à prévaloir sur le ressenti de l'être* ». L'image du corps serait alors totalement refoulée par l'image spéculaire, et deviendrait alors inconsciente.

Selon J.D. NASIO, « nous sommes aveugles à la réalité objective de notre corps ». Il ajoute que « chacun de nous se fait toujours une image exagérée de son corps, soit par excès, soit par défaut ou encore une idée fautive des ressentis internes » (2008).

C- Selon Juan-David NASIO

J.D. NASIO, en s'appuyant sur les théories de J. LACAN, distingue trois états du corps : « le corps réel est le corps que je ressens, [...] le corps imaginaire est celui que je vois et [...] le corps symbolique est tout à la fois mon corps symbolisé, symbole lui-même, et, surtout, signifiant » (2008, p. 113). De ces trois facettes du corps, il distingue trois images du corps.

L'image du corps réel est le corps tel que nous le ressentons. Nous pouvons « le ressentir consciemment (image consciente) ou le ressentir en mouvement (image-action) sans savoir que ces deux façons de percevoir notre corps actualisent d'anciennes perceptions (proto-image inconsciente) » (Ibid, p. 118).

L'image du corps imaginaire est l'image du corps que nous voyons, principalement dans le miroir, que J. LACAN nomme « Image spéculaire » : c'est « le corps appréhendé dans sa masse, saisi instantanément comme une silhouette ou perçu globalement comme une ombre humaine » (Ibid, p. 121). J.D. NASIO précise que cette image peut nous flatter, ou au contraire nous décevoir, mais ne nous laisse jamais indifférent. Cette image spéculaire apparaît, selon J. LACAN, entre le sixième et le dix-huitième mois de vie, au moment de ce qu'il nomme le « stade du miroir ».

Le Stade du Miroir serait une phase primordiale de la constitution de l'être humain, de son identité et du "je". Avant 6 mois, il existe chez tout nourrisson une image primitive de soi, image qui réside dans la relation nourricière qui le lie à sa mère. Jusqu'à 6 mois, la vie psychique reste fondée sur l'image d'un corps morcelé.

A partir de 6 mois, l'enfant mis devant un miroir va réagir par une mimique jubilatoire parce qu'il perçoit, dans cette image du semblable, dans sa propre image spéculaire, une forme, un tout, là où il ne voyait que des parties de ce tout éparpillées. L'enfant se reconnaît alors comme une forme humaine et distincte de sa mère, et constate la globalité de son

corps. Le fait de percevoir cette forme va lui permettre d'anticiper, d'où sa jubilation, une unité corporelle qui jusqu'alors lui faisait défaut

Enfin, le corps symbolique ou signifiant est, selon J. LACAN, toujours partiel et fragmentaire. Ce sont toutes les particularités physiques « *qui deviennent des signifiants quand elles sont si fortement représentatives du sujet, à ses yeux et aux yeux des autres* » (2008, p. 142). J.D. NASIO précise que « *le corps signifiant est la singularité corporelle qui détermine, directement ou indirectement, le cours de notre existence* » (Ibid). Ainsi, l'image du corps signifiant est donc « *le nom qui désigne la partie signifiante du corps [...] un nom tout autant signifiant que l'anomalie physique qu'il désigne* ».

De nombreux psychanalystes se sont intéressés à la question de l'image du corps. P. SCHILDER introduit la notion d'image du corps, en l'assimilant à celle de schéma corporel. F. DOLTO sépare ces deux concepts et définit l'image du corps comme étant à la fois mémoire inconsciente du vécu relationnel et également une structure dynamique narcissique et interrelationnelle. J.D. NASIO, à travers les travaux de J. LACAN, met en avant l'idée d'une image spéculaire du corps, indispensable à la construction de la subjectivité.

Cependant, la clinique psychanalytique s'éloigne de celle des psychomotriciens. En effet, en psychanalyse, le corps du patient est immobilisé sur le divan, et c'est par le discours de celui-ci que le thérapeute appréhende la relation qu'il entretient avec son corps.

Qu'en est-il de l'image du corps en psychomotricité, au sein de laquelle la place du corps est centrale ?

II- Image du corps en psychomotricité

A- Selon Jean-Michel ALBARET

Jean-Michel ALBARET, psychomotricien, aborde le concept d'image du corps d'un point de vue neuropsychologique. Il fait distinctement la différence entre image du corps et schéma corporel.

Selon lui, le schéma corporel est comparable à un « *système de localisation* » (2015, p. 216), et correspondrait à un ensemble de représentations pour l'action, fournissant les informations sur la posture et les coordonnées spatiales des différentes parties du corps. Le schéma corporel constitue donc un référentiel égocentrique indispensable intervenant dans la locomotion et la préhension. Ce référentiel est constitué à partir de l'intégration des différentes entrées sensorielles et motrices, et se met à jour au cours de l'action. Le schéma corporel est donc pour lui un système fonctionnant en dehors de toute conscience du sujet, et qui nous permet la réalisation des actions quotidiennes.

Pour J.-M. ALBARET, l'image du corps est un « *système de perception des formes* » (Ibid), servant à l'identification et à la reconnaissance de son propre corps. Elle regroupe des perceptions et des attitudes en ce qui concerne le corps, s'exprimant par des pensées, des convictions, des sentiments et des comportements. Pour J.-M. ALBARET, l'image du corps est « une construction composite dans laquelle se retrouvent des évaluations portant sur la satisfaction ou l'insatisfaction de l'image du corps, mais aussi un investissement de cette image du corps qui aura des conséquences à la fois comportementales, cognitives et affectives ». L'image du corps est donc, par définition, consciente, et est influencée par des facteurs biologiques, socio-culturels et psychologiques.

Ainsi, il distingue le concept de schéma corporel de celui d'image du corps, mais souligne qu'en dehors des situations pathologiques, l'interaction entre ces deux ensembles de représentations est continue et permanente, action et perception ne pouvant être envisagées séparément.

B- Selon Catherine POTEL

Catherine POTEL, psychomotricienne, emploie les termes de schéma corporel et d'image du corps en les différenciant. Pour elle, « *le schéma corporel en tant qu'organisation somatognosique du corps, et l'image du corps en tant qu'image de soi en relation à l'autre* » (2010, p. 144) sont deux entités fondamentales en psychomotricité.

Elle définit le schéma corporel comme « *la connaissance objective du corps dans sa réalité* » (Ibid), se construisant dans l'expérience motrice et aboutissant à une somatognosie à maturité entre 6 et 7 ans.

Pour C. POTEL, l'image du corps est « *l'image que l'on se fait de soi, et qui se construit dans les expériences psychocorporelles qui mettent en relation le sujet et les autres* » (Ibid, p. 145). Pour elle, le bébé se construit dans le regard de sa mère : s'il n'est jamais regardé, « *il pourra éventuellement se construire dans un schéma corporel tout à fait cohérent et organisé, mais son image corporelle traduira un manque : manque de respect pour lui-même, dévalorisation, fragilité narcissique* ».

En s'appuyant sur la théorie de F. DOLTO, elle précise que l'image du corps se construit « *de parties conscientes (les sentiments, se sentir bien dans sa peau, ou mal...) et de parties inconscientes (la psyché s'organise dans et par les conflits, les frustrations, les relations au père, à la mère...)* » (Ibid).

C. POTEL ajoute que l'image du corps, à la différence du schéma corporel, « *est en évolution constante tout au long de la vie, en constant mouvement puisqu'elle évolue en fonction des étapes de la vie qui font changer non seulement le corps, la perception et les éprouvés du corps [...] mais aussi la vie affective* » (Ibid, p.146).

C- Selon Éric W. PIREYRE

Éric W. PIREYRE, également psychomotricien, élabore une nouvelle conception de l'image du corps, en se basant sur l'expérience du bébé, sur la pathologie psychiatrique et sur le vécu verbalisé des étudiants en psychomotricité au sein de leur cursus. Il considère la théorie de F. DOLTO sur l'image du corps tout à fait pertinente, mais ne rendant pas compte de toutes ses facettes, et en particulier de celles rencontrées en clinique psychomotrice.

Il va donc théoriser l'idée d'une image du corps composite, c'est-à-dire composée de sous-systèmes :

- la sensation de continuité d'existence,
- l'identité,
- l'identité sexuée,
- la peau physique et psychique,
- la représentation de l'intérieur du corps,
- le tonus,
- la sensibilité somato-viscérale ou sensorialité (ou encore, pour E. PIREYRE, schéma corporel),
- les compétences communicationnelles du corps,
- les angoisses corporelles.

Selon E. PIREYRE, ces neuf sous-composantes seraient toutes impliquées dans la construction de l'image du corps.

Ainsi, le sentiment de continuité d'existence représente l'une des premières étapes que doit traverser le bébé au cours de son développement. Et ce sentiment commence même avant sa naissance, dans le désir d'enfant de ses parents. A la naissance, le nouveau-né ne se vit pas différencié de sa mère. La qualité des soins maternels va l'amener à un sentiment de sécurité interne lui permettant de s'autonomiser petit à petit. Il va alors se construire une identité propre dans la relation qu'il entretient avec ses parents et avec son corps.

Par le biais du holding et par l'investissement de son corps, il prend conscience de son enveloppe corporelle qui lui apporte un ressenti de contenance physique et psychique, lui permettant de se vivre comme un être unifié. Enfin, il sera capable de se représenter l'intérieur de son corps, et par là même d'éprouver une certaine solidité interne. Il pourra également entrer en relation avec les autres avec sa propre subjectivité, verbalement et corporellement, par l'intermédiaire du dialogue tonico-émotionnel.

Pour E. PIREYRE, l'image composite du corps est ensuite refoulée par l'accès à l'œdipe qui « *permet le refoulement de certains fonctionnements archaïques dans l'inconscient* », conformément à la théorie de F. DOLTO : l'image du corps devient donc inconsciente. Mais il précise qu'elle peut émerger plus tard à la conscience, non pas « *en bloc* », mais par l'intermédiaire de l'une ou l'autre de ses sous-composantes. Ainsi, « *des pans entiers de l'image du corps peuvent devenir conscients, mais, de plus, la mise en situation corporelle proposée par les psychomotriciens en offre des occasions* ».

A travers ces trois auteurs, nous constatons que la notion d'image du corps est une notion centrale en psychomotricité. Cependant, il n'en existe pas une définition unique, cette dernière étant dépendante des courants de pensée sur lesquels s'appuient ces auteurs. En effet, schéma corporel et image du corps sont différents pour J.M. ALBARET et C. POTEL, alors que le schéma corporel est une composante de l'image du corps pour E. PIREYRE. De plus, J.M. ALBARET considère l'image du corps comme fondamentalement consciente, alors qu'elle est inconsciente pour E. PIREYRE (mais pouvant advenir par pans à la conscience), et composée de parties conscientes et inconscientes pour C. POTEL.

Ce qui apparaît commun à ces trois définitions, c'est que l'image du corps est éminemment subjective et influencée par le vécu corporel et psychoaffectif du sujet.

Au sein de ma réflexion, j'ai choisi, comme E. PIREYRE, de considérer l'image du corps de façon composite. J'ai choisi également, comme F. DOLTO et C. POTEL, de l'envisager à la fois comme mémoire inconsciente du vécu relationnel, et comme une structure dynamique s'actualisant dans la relation à soi, au corps et à autrui. Je considère donc l'image du corps comme non consciente, mais pouvant le devenir en partie par le biais, entre autres, de la prise de conscience du corps. De ce fait, le psychomotricien a un rôle crucial auprès de patients souffrant de troubles de l'image du corps.

III- Atteinte de l'image du corps dans la douleur chronique

Pour Michel REICH, psychiatre spécialisé en oncologie, l'atteinte de l'image du corps constitue un trouble clinique caractérisé par « *l'existence d'une différence marquée entre l'apparence ou le fonctionnement actuel perçu d'un attribut corporel donné et la perception idéale de cet attribut par l'individu* » (2009, p. 248). Cette différence, « *en vertu de l'investissement personnel et des dysfonctionnements corporels* », a des conséquences émotionnelles et comportementales, et peut affecter significativement le fonctionnement du sujet.

Comme exposé précédemment, la douleur chronique a des répercussions majeures sur le sujet atteint et sur sa vie. Elle est une véritable expérience traumatique, à la fois corporelle et psychique, et vient déborder les capacités d'élaboration psychique du sujet.

Pour D. LE BRETON, « *la souffrance est une réduction du corps au seul lieu de l'incandescence douloureuse. L'individu n'a plus de repli, aucun refuge, tout est dévasté. Il est sous son emprise* » (2009, p. 328). Si le sujet douloureux chronique se retrouve sous l'emprise de la douleur, l'image qu'il a de ce corps souffrant va alors forcément être impactée.

P. SCHILDER⁷, dans son ouvrage « *L'image du corps. Etudes des forces constructives de la psyché* », s'est intéressé à l'impact de la douleur chronique sur l'image du corps. Il postule que la douleur doit être localisée, et par conséquent reliée à l'organisation du corps. Il souligne que la partie du corps dans laquelle la douleur est ressentie capte toute l'attention du sujet douloureux, qui de ce fait désinvestit le reste du corps. Mais paradoxalement, la partie douloureuse se retrouve comme isolée, exclue, retirée de l'image du corps.

En reprenant la définition d'E. PIREYRE de l'image composite du corps, il est aisé de constater que la douleur chronique vient impacter la plupart de ses sous-composantes.

⁷ Cité par CHAVAREL, M. (2002, p. 117).

A- La sensation de continuité d'existence

E. PIREYRE définit la sensation de continuité d'existence comme la conviction « *qu'à tout instant la continuité de la vie sera réelle et se prolongera dans l'instant suivant même en cas de menace* » (2015, p. 55). Il la considère comme une « *sorte de sécurité intérieure qu'à la seconde suivante, nous serons toujours là et toujours " le même "* » (Ibid), socle indispensable à l'image du corps. C'est Donald W. WINNICOTT qui utilise ce terme en premier en 1969 (dans son ouvrage « *Pédiatrie et psychanalyse* »). Pour lui, c'est sur un sentiment continu d'exister suffisant que repose la structuration du moi. Cette conviction de continuité d'existence représente donc l'une des étapes fondamentales du développement psychoaffectif du bébé, et s'acquiert notamment par le biais du holding de la mère.

La douleur chronique crée une faille dans le sentiment de continuité d'existence du sujet. En effet, quand tout va bien, il y a, selon Simone KORFF-SAUSSE, « *une évidence des éprouvés corporels* » (2013, p. 133), qui sont vécus dans ce que D.W. WINNICOTT appelle le sentiment de continuité d'existence. Mais, quand le corps quitte cet état de santé, « *ce corps qui paraît aller de soi, [...] source d'éprouvés naturels et non questionnés, devient une figure de l'inquiétude étrangeté* » (Ibid). Ce corps, qui devient lieu de soins et de rééducations, « *confronte le sujet à un étranger avec lequel il lui faut bien vivre* ». Le sujet douloureux se sent alors trahi par ce corps devenu défaillant et douloureux, ce qui vient briser « *l'illusion d'immortalité* » (Ibid, p. 134) dans laquelle il était bercé.

B- L'identité

Pour E. PIREYRE, l'identité nous est donnée dès la naissance, s'acquiert au cours du développement psychoaffectif, et « *trouve ses racines dans notre corps et dans la relation à nos parents* » (2015, p. 62). Les positions parentales conscientes et inconscientes jouent un rôle considérable, car « *l'enfant ne pourra se construire comme sujet que s'il est représenté, dans l'esprit de ses parents, comme différent et séparé de l'adulte* » (Ibid). Si c'est le cas, alors le processus de subjectivation, prérequis de l'identité, peut se développer en s'appuyant sur certains aspects de la sensorialité et du dialogue tonique.

Pour E. PIREYRE, le sentiment d'identité se construit grâce à trois vécus corporels du bébé :

- Le vécu de limite entre intérieur et extérieur du corps : ce sont les sensorialités qui délimitent les contours de la personne. E. PIREYRE précise que « *plutôt que la sensation elle-même, c'est ressentir l'expérience de la sensation qui pourrait apporter le sentiment d'identité. L'expérience de la sensation, c'est la perception* » (2015, p.63). La peau permet alors de tracer les limites du corps, et fait donc la différence entre dedans et dehors, entre soi et non-soi.
- Le dialogue tonique entre le bébé et sa mère : Il permet la distinction sensorielle dedans/dehors par la présence/absence du contact corps-à-corps avec la mère. Cette distinction permet alors au bébé de reconnaître visuellement sa mère dans la prise de distance corporelle.
- Le regard : Le bébé se perçoit à travers ce que lui renvoie le regard de sa mère.

Par la suite, le développement psychomoteur de l'enfant lui permettra de s'individualiser davantage, à travers la préhension, la locomotion puis le langage. E. PIREYRE nous montre ainsi que le processus d'individuation et son résultat, l'identité, sont très ancrés dans le corps.

La douleur chronique vient bouleverser le sujet dans son identité à la fois corporelle, personnelle et sociale. Le patient douloureux chronique sait qu'il n'a pas fondamentalement changé, pourtant il existe une fracture entre son corps et lui. Cette rupture d'avec l'état antérieur se retrouve très fréquemment dans son discours, dans lequel il se dit ne plus être comme avant, ou bien ne plus se reconnaître. Son identité se retrouve bouleversée par ce corps menaçant : « *Le sujet devient étranger à lui-même* »⁸. On retrouve également une identification du sujet à la douleur comme composante majeure de son identité : « *Je suis douloureux chronique* ».

Son identité sociale est également atteinte. En effet, le sujet douloureux se voit souvent contraint d'arrêter de travailler. Il perd donc sa place au sein de la hiérarchie professionnelle. Cet arrêt de travail s'accompagne fréquemment d'une reconnaissance de travailleur handicapé, terme bien souvent difficile à accepter pour le patient.

⁸ KORFF-SAUSS, S. (2013, p. 136)

De plus, la redistribution des tâches au sein de la famille du fait de la douleur de l'un de ses membres peut également engendrer un remaniement des rôles familiaux : le patient douloureux perd alors sa place dans la hiérarchie familiale.

Cependant, l'identité sexuée du sujet n'est, elle, pas affectée par la douleur chronique.

C- La peau

La peau recouvre la quasi-totalité de notre organisme. Elle nous revêt et constitue une barrière, une limite protectrice contre les agressions extérieures. Elle est également un organe sensoriel très puissant. Par ses différentes caractéristiques, elle assure également un rôle de contenance. Selon Didier ANZIEU, « *toute activité psychique s'étaye sur une fonction biologique. Le Moi-peau trouve son étayage sur les diverses fonctions de la peau* »⁹.

E. PIREYRE, citant D. ANZIEU, définit le Moi-peau comme étant « *une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps* » (2015, p. 80). Au début de la vie, il y a « *dépendance symbiotique mutuelle* » (Ibid, p. 79) entre le bébé et sa mère, particulièrement au travers des contacts peau-à-peau. Puis cette peau commune s'efface et « *chacun des deux partenaires reconnaît que chacun a sa propre peau et son propre moi* » (Ibid, p. 79), ce qui permet à l'enfant d'acquiescer un « *Moi-peau qui lui est propre* » (Ibid, p. 79). Le sentiment d'enveloppe est donc une construction imaginaire qui s'étaye sur des expériences sensorielles corporelles.

Comme dit auparavant, la douleur chronique menace l'intégrité corporelle du sujet souffrant et provoque également une faille dans ses défenses psychiques. En bref, la douleur est une effraction. Elle vient donc réinterroger la question des limites, tant physiques que psychiques.

⁹ Cité par PIREYRE, E.W. (2015, p. 79)

D- L'intérieur du corps

Dans les premiers temps de la vie, le bébé ne perçoit l'intérieur de son corps qu'à travers les afférences proprioceptives et intéroceptives, fournies par son rythme respiratoire, les douleurs éventuelles ainsi que par le trajet du bol alimentaire. Ses os ne sont pas encore suffisamment physiquement construits pour être intégrés dans son développement psychoaffectif. Pour E. PIREYRE, le corps du bébé ne peut donc pas être soutenu par le squelette, qui est immature. Son axe corporel n'est construit ni physiquement, ni psychiquement, et le bébé présente une hypotonie axiale et une hypertonie périphérique. E. PIREYRE émet l'hypothèse que l'immaturité osseuse et tonique du bébé lui donnerait un « *vécu particulier fait d'enfoncement et éventuellement d'effondrement* » (2015, p. 97).

La maturation physiologique mais aussi les représentations que le bébé aura de l'intérieur de son corps lui permettront par la suite d'acquérir une sensation de solidité interne.

L'intérieur du corps n'étant perceptible que par les sensations qui nous parviennent, sa représentation en est forcément impactée dans la douleur chronique. Phanie RIDEL, psychothérapeute, et Christian HOENNER, psychologue clinicien, l'illustrent de la façon suivante : « *Souffrir, c'est un peu comme accéder à ce qui se passe derrière le rideau de scène et découvrir les machineries, les poulies grinçantes, les câblages qui, en temps normal, sont interdites au regard. [...] Nous passons de l'invisible au survisible, du silence au tellement bruyant* » (2015). Ainsi, des zones du corps dont le sujet n'avait pas pleinement conscience se manifestent par l'intermédiaire de sensations douloureuses. Le sujet douloureux chronique perçoit donc son corps comme fragile, et va se montrer très attentif aux sensations éprouvées dans son corps, ressenties alors plus intensément.

E- Le tonus

Le tonus est impliqué dans le maintien de la posture, et agit selon un double mécanisme : actif, contrôlé par le système nerveux central, et passif, assuré par l'élasticité du tissu musculaire. Influencé par la vigilance, il est également sensible à l'émotivité.

Pour E. PIREYRE, le tonus ne peut être compris dans son lien à l'image du corps « *que s'il est appréhendé comme relié à certains aspects de la vie psychique* », c'est-à-dire « *comme mode d'expression ou comme trace physique de l'histoire relationnelle du sujet* » (2015, p. 105). Il cite Henri WALLON, qui évoque le rôle de l'émotion sur les états internes de l'organisme. Il précise également que « *le milieu humain donne sens à ces états tonico-émotionnels : c'est ce qui va constituer la face externe de l'enveloppe corporelle* » (Ibid). C'est ce qui se déroule, comme exposé précédemment, dans le dialogue tonique entre la mère et le bébé.

Le tonus est fortement influencé par la maturation neurologique. Il évolue durant les premiers temps de la vie de l'enfant en se construisant selon des schémas prédéfinis, mais également à partir des premières relations de l'enfant. E. PIREYRE ajoute que « *de la qualité de ces premières relations peuvent découler des anomalies toniques (hypertonie, hypotonie, paratonies, dystonie, syncinésies) plus ou moins pathologiques et sans aucune base organique* » (Ibid, p. 112). Ces traces des premières expériences relationnelles s'inscrivent alors dans le corps.

Chez les patients douloureux chroniques, on observe très fréquemment des tensions musculaires importantes et une hypertonie globale. En effet, ces tensions musculaires sont parfois une réponse corporelle permettant de contribuer à une posture antalgique. Elles peuvent également être le résultat d'une crispation, elle-même consécutive à la peur d'apparition d'un pic douloureux. Enfin, nous pouvons également envisager cette hypertonie comme un moyen de défense tonique mis en place par le sujet afin de se préserver de la mise en péril de son intégrité corporelle, et dans le but de maintenir une certaine unité psychocorporelle.

F- La sensibilité somato-viscérale

Pour E. PIREYRE, la sensibilité somato-viscérale correspond en fait au schéma corporel dont il réfute la terminologie, qu'il considère comme floue et générale. En effet, pour lui, le schéma corporel est « *réductible à un équipement et à un fonctionnement de la matérialité du corps* » (2015, p. 45). Par le terme de sensibilité somato-viscérale, E. PIREYRE désigne la sensorialité humaine, composée de récepteurs, de voies de transmission et de centres de traitement de l'information sensorielle.

La sensorialité, et notamment ses seuils, serait, selon lui, différente d'un individu à un autre. Pour expliquer ceci, E. PIREYRE fait la distinction entre sensation et perception.

La sensation est pour lui le « *processus résultant du fonctionnement sensoriel* » (Ibid, p. 114), et donc le cheminement de l'information sensorielle depuis le récepteur jusqu'au cortex cérébral.

La perception, quant à elle, est pour E. PIREYRE le « *traitement cognitivo-affectif de la sensation* ». Citant BOISACQ-SCHEPENS et CROMMELINCK, il précise que la perception « *apparaît comme un acte de " décision " au niveau cérébral quant à la signification probable des informations sensorielles pour le sujet* » (Ibid, p. 118), et que cette décision est conditionnée par l'expérience innée ou acquise du sujet.

Il apparaît donc que la sensation n'est jamais ressentie telle qu'elle est réellement puisque nous l'interprétons de façon cognitive et affective. Pour E. PIREYRE, il nous est impossible « *de percevoir non seulement le monde mais aussi notre propre corps tels qu'ils sont réellement* » (Ibid, p. 122).

La sensation douloureuse va alors être perçue et interprétée par le sujet selon sa propre subjectivité, son histoire et ses croyances, ainsi que son vécu corporel, et va être teintée d'affectivité. La douleur chronique, même si elle est cantonnée à un organe ou un nerf lésé, va donc dépasser cette localisation pour envahir tout l'individu, infiltrer tout le sujet et va considérablement modifier ses rapports à l'environnement, mais également à son corps propre.

G- Les communications corporelles

Il est indiscutable que le corps s'exprime, et que cette expressivité a valeur de communication. Pour E. PIREYRE, chacun de nous fait, le plus souvent inconsciemment, le choix de recourir à tel ou tel type de communication corporelle. Citant BALLOUARD, il insiste sur le fait que le décryptage des attitudes corporelles chez autrui « *procède d'un consensus de base sociale, d'une identification à un produit culturel, mais aussi à la reconnaissance d'un vécu* » (2015, p. 126).

E. PIREYRE met également en évidence l'importance des émotions dans la communication corporelle, en lien avec le tonus. En effet, il s'appuie sur les travaux de DAMASIO qui dit que les changements corporels résultent de l'induction des émotions. Cette communication corporelle représente ce que l'on appelle le dialogue tonico-émotionnel, à la suite des travaux de H. WALLON et de J. DE AJURIAGUERRA. Il s'agit « *des attitudes, modifications toniques, mimiques, gestes et déplacements ainsi que du regard* » (Ibid, p.140). Ceci est lié à l'histoire personnelle du sujet, ainsi qu'au contexte socio-culturel dans lequel il se trouve. Ce dialogue tonico-émotionnel ne se limite pas aux premiers mois de la vie de l'enfant ; il se poursuit dans toutes les relations humaines, même si le langage verbal semble prendre peu à peu une place prépondérante.

Pour E. PIREYRE, le corps est donc un moyen de communication. La douleur chronique vient perturber le rapport que le sujet entretient avec son corps, et par là même modifie ce qu'il donne à voir par le biais de celui-ci. Le patient douloureux chronique va adopter une posture antalgique, souvent fermée, marquée par des raideurs toniques importantes. Ses gestes et déplacements seront également modifiés (plus lents, saccadés, petits pas...). Ses mimiques et son regard reflètent à leur tour son mal-être et les émotions négatives qui l'agitent. Sa douleur apparaît donc à l'autre par le biais de ces modifications corporelles, qui ont valeur de communication.

H- Les angoisses corporelles archaïques

Sa réflexion autour de l'image du corps amène E. PIREYRE à penser l'exploration et la compréhension des angoisses corporelles archaïques. Elles sont observables chez le bébé, en pathologie psychiatrique et même chez l'adulte tout-venant. Il explique qu'elles sont le plus souvent inconscientes, et ont « *des implications essentielles dans la vie quotidienne* » (2015, p. 141). Selon les psychanalystes, ces angoisses sont qualifiées d'archaïques car elles sont présentes avant l'installation du langage.

D'après D. WINNICOTT, le nouveau-né est un être immature « *qui est tout le temps au bord d'une angoisse dont nous ne pouvons avoir idée* »¹⁰. Ces angoisses, qu'il qualifie d'angoisses disséquantes primitives, sont de se morceler, de ne pas cesser de tomber, de ne pas avoir de relation avec son corps, et de ne pas avoir d'orientation. E. PIREYRE, lui, parle d'angoisse de morcèlement, d'effondrement, de dévoration et de liquéfaction. Ces angoisses pourraient normalement être dépassées grâce aux soins maternels, mais pourraient ressurgir dans certaines situations très chargées émotionnellement.

Souvent, les patients douloureux chroniques évoquent une impossibilité à "lâcher prise", ce qui peut être mis en lien avec une crainte de l'effondrement. En effet, le sujet souffrant présente généralement une hypertonie globale. Cette rigidité musculaire semble constituer une « cuirasse tonique », si l'on reprend les termes de Wilhelm REICH, mis en place par le sujet afin de maintenir une certaine unité psychocorporelle. Relâcher, c'est risquer alors de mettre en péril cette unité.

Il apparaît donc que la douleur chronique impacte fortement l'image du corps du sujet qui souffre, et cela à différents niveaux. Elle atteint tout d'abord le sentiment de continuité d'existence du sujet, mais également son identité et la question de l'enveloppe corporelle. Elle bouleverse également le vécu intérieur du corps, mais aussi sa sensibilité somato-viscérale. Enfin, la douleur chronique impacte le sujet au niveau tonique, et par là même les capacités communicationnelles de son corps. Elle peut également générer des angoisses corporelles archaïques.

¹⁰ Cité par PIREYRE, E.W. (2015, p. 143).

Comme présenté précédemment, le psychomotricien a un rôle à jouer auprès du patient douloureux chronique. Mais peut-il agir au niveau de l'image du corps ?

Selon le décret de compétences des psychomotriciens¹¹ du 6 mai 1988, le psychomotricien est à même de contribuer, « *par des techniques d'approche corporelle, au traitement [...] des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique* ». Le travail autour de l'image du corps appartient donc au champ légal de la psychomotricité. L'approche psychomotrice va permettre, par l'intermédiaire de la médiation corporelle, le réinvestissement du corps, sa réappropriation et son contrôle, conduisant à une restauration narcissique. Il apparaît donc que le psychomotricien a un rôle réel à jouer auprès de patients douloureux.

J'ai évoqué précédemment que la relaxation est l'une des médiations les plus couramment utilisées auprès de sujets souffrants. Contribue-t-elle à la restauration d'une image du corps unifiée chez le patient douloureux chronique ?

¹¹ Décret n°88-659 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, Article 1 (abrogé au 8 août 2004)

PARTIE 3 - RELAXATION

Dans cette troisième partie, je commencerai par une présentation générale de la relaxation : ses définitions, ses différentes méthodes ainsi que ses effets. Puis je m'attarderai sur la question de la relaxation en psychomotricité auprès de patients douloureux chroniques. Pour cela, je présenterai les différentes conditions nécessaires à l'utilisation de la relaxation en psychomotricité. Puis je développerai le rôle du psychomotricien en relaxation, en lien avec l'image du corps. Enfin, j'aborderai la question de l'appréciation d'une évolution de l'image du corps.

I- Relaxation : Généralités

A- Définitions

Le terme "relaxation" peut être utilisé dans différents contextes.

Selon le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales, il désigne en médecine un état de distension, de relâchement physique (Relaxation des muscles, des nerfs, des intestins...). En psychologie, il désigne à la fois un état de complète détente physique ou psychique et une méthode de détente et de maîtrise des fonctions corporelles par des procédés psychologiques adaptés. En droit pénal, il signifie une mise en liberté. Enfin, en technologie, le mot "relaxation" correspond à l'ensemble des phénomènes par lesquels un système dont l'équilibre a été rompu revient à son état d'équilibre.

Selon le Larousse, la relaxation est une « *détente physique et mentale résultant d'une diminution du tonus musculaire et de la tension nerveuse* ». C'est également une « *méthode visant à obtenir cette détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet* ».

Ces définitions, accessibles au grand public, mettent en avant l'idée d'une détente tonique, physique et psychique, contribuant au bien-être du sujet en participant au rétablissement d'un équilibre interne.

Michel SAPIR, médecin psychiatre et psychanalyste, estime qu'une certaine confusion règne dans l'emploi du terme "relaxation", principalement à cause de la multiplication du nombre de méthodes indiquées comme telles.

Pour lui, « *on ne peut appeler méthodes de relaxation que celles qui visent à la décontraction musculaire et à la passivité. Il ne s'agit pas d'un but unique mais d'un préalable indispensable* » (1995, p.121). Le terme de "relaxation" ne désignerait alors que les méthodes passives menant à une détente tonique.

Philippe BRENOT, médecin psychiatre, considère que peuvent être appelées relaxation « *un ensemble de techniques, méthodes et thérapies qui remplissent les quatre préalables suivants : immobilité ; fermeture des paupières ; silence et calme ; focalisation sensorielle* » (2003, p. 10). La passivité est, selon lui, génératrice de sensations internes. Il estime que, quelle que soit la méthode et quelle que soit la position, « *c'est l'immobilité qui permet le « retour » des sensations* » (Ibid, p. 9). La fermeture des paupières dans la relaxation favorise le retrait du monde environnant « *en sollicitant la perception et le regard intérieur* » (Ibid, p. 9). Comme troisième critère indispensable à la relaxation, P. BRENOT évoque le silence et le calme, en s'appuyant sur les propos d'Yves RANTY, psychiatre et psychanalyste (1990) : « *Il ne peut y avoir de relaxation sans silence et il ne peut y avoir de silence sans calme* » (Ibid, p. 10). Enfin, il fait de l'invitation à ressentir et de la focalisation de l'attention le quatrième critère indispensable à la relaxation, codifiées de façon différente pour chacune des méthodes et des techniques.

Enfin, selon Marc GUIOSE, psychomotricien et psychothérapeute, le terme de relaxation regroupe un ensemble de « *techniques psychocorporelles capables de toucher à l'organisation tonique d'un sujet, influant sur la baisse du niveau de vigilance et précipitant une modification des états de conscience* » (2015, p. 240).

Finalement, il n'existe pas une seule méthode de relaxation, mais bien plusieurs. Ces techniques psychocorporelles agissent sur la régulation tonique du sujet, en induisant chez lui un état de détente à la fois physique et psychique. Elles ont comme objectif de régulariser et d'harmoniser les fonctions physiologiques et psychologiques du sujet.

B- Deux méthodes de référence

Il existe actuellement de nombreuses méthodes de relaxation, considérées ou non comme thérapeutiques. Pour M. GUIOSE (2015), deux méthodes sont à l'origine des deux grands principes théoriques et pratiques que l'on retrouve dans toutes les méthodes actuelles : il s'agit du training autogène de Johannes Henrich SCHULTZ et de la relaxation progressive décrite par Edmund JACOBSON.

1- Training autogène de J.H. SCHULTZ

J.H. SCHULTZ, médecin psychiatre allemand, fonde le « training autogène » en 1932 en s'inspirant de la psychanalyse, du yoga et de l'hypnose. Le principe de sa méthode est d'induire par des exercices rationnels et déterminés une déconnexion générale de l'organisme, et donc une détente de l'esprit et du corps. Pour cela, elle a recours à des inductions verbales ou à des autosuggestions de sensations (calme, repos, lourdeur, chaleur...) qui caractérisent l'état hypnotique, afin d'amener le sujet vers une décontraction psychique.

Le training autogène de SCHULTZ comporte deux cycles : le cycle inférieur, qui correspond à l'apprentissage de la relaxation, et le cycle supérieur, qui constitue, lui, une psychothérapie. Je décrirai uniquement le cycle inférieur, puisque c'est celui qui correspond à la phase de relaxation en tant que telle.

Le cycle inférieur du training autogène est composé d'un certain nombre d'exercices qui permettent de « *parvenir à la détente et d'obtenir une décontraction de tout l'organisme* » (M. GUIOSE, 2015, p. 240). Ces différentes expériences sont apprises par le sujet avec l'aide d'un thérapeute. Il doit ensuite pratiquer chez lui plusieurs fois par jour par autosuggestion. L'induction au calme est un préalable à toute séance : le patient, les yeux fermés, doit être installé dans une position qui lui est confortable, allongé ou en "cocher de fiacre" (assis, avant-bras sur les cuisses, tête penchée en avant). Six exercices de base sont ensuite proposés au sujet dans un ordre bien défini :

- L'expérience de la pesanteur : C'est la détente musculaire qui est recherchée via une sensation de pesanteur.
- L'expérience de la chaleur : Ici, l'induction à propos de la chaleur va générer une vasodilatation.

- L'expérience du contrôle du cœur : A travers cette expérience, on recherche un contrôle volontaire des battements cardiaques.
- L'expérience du contrôle de la respiration : Pour cet exercice, c'est le contrôle volontaire et la modification de la respiration qui sont recherchés.
- L'expérience de la chaleur abdominale : Cette expérience-là induit le ressenti d'une chaleur au niveau du bas-ventre et du plexus solaire.
- L'expérience de la fraîcheur du front : Enfin, cet exercice est différent des précédents. Il a pour but de réduire la vasodilatation au niveau de la tête et du visage en induisant une vasoconstriction.

Le training autogène de J.H. SCHULTZ peut être considéré comme la méthode de référence des techniques de relaxation qui utilisent l'autocentrage et l'autosuggestion. Elles sont dites suggestives à point de départ central.

2- Relaxation progressive d'E. JACOBSON

La relaxation progressive d'E. JACOBSON peut, elle, être considérée comme modèle de référence aux méthodes de relaxation dites à point de départ physiologique.

Pour E. JACOBSON, neurophysiologiste américain, il existe une relation entre le vécu émotionnel et le degré de tension musculaire. Refusant l'idée de suggestion, il propose dès 1928 une méthode de relaxation physiologique. Son idée est qu'en diminuant ces tensions résiduelles, l'impact émotionnel serait atténué. La méthode Jacobson consiste à reconnaître les tensions musculaires et à les contrôler. Elle nécessite un entraînement relativement long, de quelques mois à plusieurs années, et comporte deux étapes : la relaxation générale et la relaxation différentielle.

Lors de la première étape, qui se déroule en position allongée, on propose au sujet de mettre en tension un groupe musculaire pendant quelques secondes, puis de le relâcher. Il doit alors porter attention aux sensations durant la contraction et le relâchement. Cet exercice est répété pendant trente minutes. Au fur et à mesure des séances, le sujet progresse à travers tout le corps, jusqu'à obtenir un contrôle global et une relaxation générale.

La seconde étape, la relaxation différentielle, consiste en une prise de conscience du minimum de contraction musculaire nécessaire à l'exécution d'un acte.

Les muscles ne participant pas à la réalisation de l'acte doivent, quant à eux, être relâchés. Ainsi, après une relaxation générale, on propose au sujet de s'asseoir. Il peut alors lire ou écrire, tout en cherchant à garder la sensation de relaxation obtenue précédemment. Par la suite, l'objectif du sujet est de généraliser cette utilisation minimale de la contraction musculaire à ses activités quotidiennes.

La méthode Jacobson a pour objectif de permettre au sujet la prise de conscience de toutes les tensions musculaires liées à des troubles affectifs et émotionnels, à tous les moments de la vie.

Si l'une est à point de départ psychologique et l'autre à point de départ physiologique, ces deux méthodes de relaxation ont en commun la recherche d'un relâchement des tensions musculaires, favorisant le relâchement psychique ou mental.

C- Développements ultérieurs

Un certain nombre de méthodes de relaxation se sont développées par la suite, en s'appuyant sur les deux techniques décrites précédemment. Certaines s'inscrivent dans le prolongement des méthodes Schultz et Jacobson, tandis que d'autres associent les suggestions (s'inspirant de la méthode Schultz) aux exercices en mouvement (de la méthode Jacobson). Ainsi, on peut citer la sophrologie, la méthode Bergès ou encore la relaxation psychosomatique développée par Gisèle SOUBIRAN.

Certaines méthodes de relaxation sont le fruit de l'association entre la relaxation (principalement le training autogène de J.H. SCHULTZ) et la psychanalyse. On peut alors citer la rééducation psychotonique de Julian DE AJURIAGUERRA et la relaxation à induction variable de Michel SAPIR. Ce type de relaxation cherche à favoriser la dimension relationnelle et la verbalisation des éprouvés physiques et psychiques. Il s'agit là d'une véritable psychothérapie à médiation corporelle.

La relaxation peut également être utilisée dans le cadre des thérapies cognitivo-comportementales (TCC), dans un but de modification du comportement. Dans ce cadre, la relaxation s'inscrit dans une démarche de « désensibilisation systématique ».

Le sujet vient avec un symptôme (le plus souvent des angoisses dues à une phobie ou à des obsessions), et le thérapeute va alors utiliser la relaxation pour agir directement sur le symptôme. On peut évoquer ici la technique de pleine conscience ou mindfulness, ainsi que le biofeedback.

Enfin, la relaxation s'est adaptée à toutes les populations, et il existe des méthodes de relaxation s'adressant aux enfants. C'est le cas par exemple de la méthode Bergès, ou de la méthode « activo-passive » de WINTREBERT.

D- La relaxation psychanalytique Sapir

Je vais à présent présenter brièvement la relaxation à induction variable proposée par Michel SAPIR. En effet, la méthode de relaxation utilisée par la psychomotricienne sur mon lieu de stage s'inspire de celle-ci.

Premièrement, Michel SAPIR distingue les techniques de relaxation « couvrantes » de celles qu'il nomme « découvranes ». Pour lui, les méthodes couvrantes, comme par exemple le training autogène de J.H. SCHULTZ, ont pour but d'obtenir une sensation de détente et une impression de maîtrise de soi. Elles ne tiennent pas compte de la dimension de l'inconscient, et visent la suppression du symptôme. A l'opposé, les méthodes de relaxation découvranes, d'inspiration psychanalytique, sont à la recherche de sens et visent à découvrir l'origine du symptôme. Pour M. SAPIR, les méthodes découvranes « *jouent sur l'image du corps et sur la rencontre entre corps réel et corps fantasmé* » (1995, p. 121). La relaxation psychanalytique Sapir est donc l'une d'entre elles.

Cette méthode de relaxation à induction variable propose au sujet une expérience régressive dans une dimension transférentielle et contre-transférentielle. Elle peut être divisée en cinq séquences par séance.

Au début de chaque séance se situe l'action, c'est-à-dire l'induction par le thérapeute. L'induction est dite variable car elle peut être verbale, tactile ou silencieuse selon les séances, mais également car elle n'est jamais la même d'une séance à une autre. Elle est sujette aux impressions et sensations qui traversent le corps et la psyché du thérapeute lorsqu'il est à l'écoute de son patient.

La deuxième séquence est faite d'un silence de durée variable. Puis vient une nouvelle induction de la part du thérapeute, variable également. La quatrième séquence correspond à un nouveau temps de silence : c'est la fin des inductions, le patient se retrouve alors seul avec lui-même, « *c'est-à-dire dans ses sensations et ses fantasmes suscités ou révélés par ce qui vient de se passer* » (M. SAPIR, 1995, p. 124). Enfin vient le temps de verbalisation, « *celle du dire sur le corps* » (Ibid).

Pour M. SAPIR, cette méthode de relaxation procure au sujet une exaltation de sa sensorialité, mais entraîne également la résurgence de traces archaïques inconscientes pouvant être heureuses ou traumatiques. Elle permet d'aller à la rencontre de failles narcissiques précoces, de troubles de l'image du corps et des défauts de symbolisation. Peut alors se mettre en place un véritable travail psychocorporel, pour lequel l'adhésion du patient est nécessaire. Cette psychothérapie va s'adresser plus particulièrement à des sujets pour lesquels parler est déjà une difficulté en soi, ou encore à des sujets souffrant de problèmes psychosomatiques, ou pour ceux dont l'expression de troubles psychologiques se fait à travers le corps (bégaiement, tic, douleur ...). Enfin, cette approche peut être une aide psychologique précieuse pour des sujets ayant une maladie organique grave ou dans les cas de douleur chronique.

Les méthodes de relaxation se sont donc grandement développées depuis l'époque de J.H. SCHULTZ et d'E. JACOBSON. Ceci témoigne de l'importance des bénéfices que permet la relaxation. Mais à quoi sont-ils dus ?

E- Effets de la relaxation

Selon P. BRENOT, trois grands types de variables se trouvent modifiées en état de relaxation : « *les premières concernent le fonctionnement cérébral et la neurophysiologie ; les secondes, le fonctionnement somatique et métabolique ; les troisièmes, le vécu subjectif et la psychologie* » (2003, p. 15).

1- Au niveau neurophysiologique

L'objectif de toute séance de relaxation est d'induire, par différentes voies, une modification du niveau de conscience. Sur un plan neurophysiologique, cette modification se traduit par une variation du rythme électroencéphalographique au niveau du cortex cérébral. En effet, le rythme bêta correspondant à l'état d'éveil, qui est rapide lorsque les yeux sont ouverts (15 à 18 cycles/seconde), se ralentit et prend une forme particulière dès que les yeux se ferment : il se transforme en rythme alpha, plus lent (8 à 12 cycles/seconde). P. BRENOT ajoute que les états de relaxation renforcent le rythme alpha, en augmentant son amplitude et en réduisant sa fréquence. Ce ralentissement du rythme cortical peut encore s'exprimer par une activité thêta (4 à 8 c/s) et même delta (1 à 8 c/s), habituellement spécifique du sommeil profond. Il conclut que « *l'établissement de cette activité alpha corticale signe l'état de détente psychosensorielle* » (2003, p. 16).

À l'inverse, nous dit Nathalie BASTE (psychologue clinicienne), les activités corticales augmentées s'observent dans les états anxieux, stressés ou dans les situations d'hypervigilance, très fréquents en clinique de la douleur, avec un rythme pouvant atteindre 40 à 50 cycles par seconde. Au niveau neurophysiologique, la relaxation permet donc un état contraire à celui présent dans l'hypervigilance ou l'anxiété, car elle induit cette activité alpha.

Les caractéristiques de l'activité alpha sont les suivantes : une baisse du niveau de vigilance par activation réticulaire et modification des afférences, une modification des perceptions sensorielles, une majoration de l'activité onirique spontanée et une augmentation des facultés d'imagerie mentale et d'imprégnation cérébrale.

Les effets neurophysiologiques de la relaxation permettent d'expliquer que le patient douloureux puisse, par le ralentissement du rythme d'activité corticale entraînant une modification de l'état de vigilance et de l'état de conscience du sujet, se déconnecter de façon plus ou moins importante et plus ou moins durable de ses sensations douloureuses. Cependant, ces effets sont très variables d'un individu à l'autre, en fonction de sa propre subjectivité, de la méthode utilisée et de l'expérience qu'il en a.

2- Au niveau physiologique

La relaxation a également des effets physiologiques chez le sujet qui la pratique. P. BRENOT explique que, du fait de l'immobilité, tous les états de relaxation se traduisent par une réduction de l'activité des systèmes somatiques.

Le relâchement musculaire et la résolution tonique sont parmi les premiers indices de relaxation. D'ailleurs, certaines méthodes de relaxation dirigent spécifiquement leurs inductions sur la résolution tonique, en raison du lien étroit entre le tonus et la sphère émotionnelle. Durant la relaxation, on observe une diminution des réflexes tendineux et de l'excitabilité des motoneurones, avec un abaissement très net du tonus de repos.

P. BRENOT ajoute que des modifications significatives et constantes de la fréquence cardiaque sont observées dans les états de relaxation. Selon Bernard GUCY et Huguette CRETE-CHARBONNEAU (1998), cités par M. GUIOSE (2015), la relaxation entraîne une diminution du rythme cardiaque, ainsi qu'une circulation du débit sanguin vers la peau et le cerveau.

Des modifications au niveau de la fonction respiratoire ont également lieu, avec une diminution du rythme respiratoire et de la consommation d'oxygène : le cycle respiratoire s'allonge, la durée de l'inspiration et celle de l'expiration s'égalisent et l'ampliation pulmonaire augmente. La relaxation agit aussi sur la digestion et facilite le transit.

Toutes ces modifications physiologiques induites par la relaxation vont dans le même sens : celui d'une détente corporelle et d'un véritable apaisement.

3- Au niveau psychologique

P. BRENOT développe quatre points qu'il considère comme fondamentaux en ce qui concerne les modifications psychologiques liées à la relaxation :

- la régression somatique,
- la régression temporelle,
- la régression topique,
- l'actualisation de soi.

La notion de régression apparaît alors comme majeure en relaxation. Elle est définie de la sorte par J. LAPLANCHE et J.B. PONTALIS: « *Dans un processus psychique comportant*

un sens de parcours ou de développement, on désigne par régression un retour en sens inverse à partir d'un point déjà atteint jusqu'à un point situé avant lui » (1981, p. 749). Pour Michael BALINT¹², elle permet la reviviscence des premières relations d'objet, et notamment des relations mère-nourrisson.

Selon N. BASTE, la régression somatique se manifeste par une inhibition de la volonté et un relâchement musculaire pouvant s'accompagner de phases de sommeil plus ou moins brèves. Le cadre de cette régression doit être approprié, notamment par un affaiblissement des stimuli extérieurs favorisant un retrait du monde. P. BRENOT ajoute que « *la monotonie des stimulations, des inductions, de la voix du thérapeute, utilise alors le mécanisme de la focalisation de l'attention sur un canal sensoriel unique, ce qui favorise la "concentration intériorisante"* » (Ibid, p. 24-25). Donc le calme, le silence et la parole du relaxateur vont ainsi permettre la régression nécessaire à l'approfondissement de l'état de relaxation.

Pour lui, la régression temporelle est commune à tous les états de relaxation, mais le thérapeute y est plus attentif dans les relaxations psychothérapeutiques. L'attention portée sur le corps et les inductions du thérapeute favorisent la régression et la mobilisation des affects. Dans la relaxation, la régression temporelle est une « *suspension du temps vécu* » (N. BASTE, 2013, p. 120) qui permet au sujet d'interpréter les sensations corporelles qui surviennent pendant la séance comme le retour de sensations refoulées, liées à des expériences infantiles et chargées d'affect. Dans certaines techniques de relaxation, cette dimension refoulée des sensations constitue un intérêt majeur ; pour d'autres, ce n'est pas l'objet direct de la technique.

Selon P. BRENOT, en relaxation il n'y a pas que le corps qui se relâche, mais également les structures mentales qui le constituent. Par le retrait, en quelque sorte, du monde extérieur, elle favorise l'attention sur soi et l'introspection. C'est ce qu'il nomme régression topique. Pour lui, dans la relaxation, « *le fonctionnement interne s'assouplit entre conscient, préconscient et inconscient, favorisant le retour des sensations, des affects, des souvenirs* » (2003, p. 27), ce qui favorise donc le retour du refoulé et la verbalisation.

Enfin, l'actualisation de soi recouvre des perceptions, sensations, convictions, vécues par le sujet dans l'instant présent. La relaxation permet ainsi de « *vivre le corps « ici et maintenant », de le rendre présent au monde, de se rendre présent au temps* » (Ibid, p. 27).

¹² Cité par MARC, E. (2002).

B. GUCY et H. CRETE-CHARBONNEAU (1998), cités par M. GUIOSE (2015), décrivent d'autres effets psychologiques de la relaxation. Au niveau du comportement, elle permet l'augmentation de l'habileté perceptuelle, l'assouplissement des réactions émotives à l'environnement, ainsi que la diminution de l'anxiété. Au niveau subjectif, la relaxation peut offrir un état de sérénité, une tranquillité de l'esprit et du corps, un sentiment de félicité. La relaxation peut permettre à certains sujets de vivre une expérience de détachement, caractérisée par un détachement sensoriel du monde extérieur permettant un retour sur soi. Elle peut également être vécue comme régénératrice.

La relaxation a donc des effets neurophysiologiques, physiologiques et psychologiques. Elle permet une détente à la fois physique et psychique du sujet. Et c'est cette dimension psyché/soma qui va intéresser le psychomotricien dans l'utilisation de la relaxation auprès de patients douloureux chroniques.

II- La relaxation en psychomotricité auprès de patients douloureux chroniques

Au sein de cette partie, je n'aborderai que brièvement la question des inductions tactiles, car cette méthode de relaxation ne fait pas partie de celle que j'ai pratiqué cette année. Mon propos sera donc davantage axé sur la relaxation à inductions verbales.

A- La régression en relaxation

Pour Jean-Philippe LOUVEL, psychomotricien, la douleur chronique a une valeur régressive, et ce, pour différentes raisons. Tout d'abord parce que, menaçant son intégrité corporelle, elle pousse le sujet à se réorganiser sur un mode beaucoup plus tonique. Ensuite car elle entraîne un clivage, « une séparation entre bon corps et mauvais corps » (2002, p. 128), mécanisme de défense nettement archaïque.

Pour lui, cette importante régression chez le patient douloureux chronique « *reflète l'importance de l'utilisation de techniques régressives comme la relaxation qui vont permettre de "toucher le patient là où il en est"* » (Ibid, p. 128).

Monique DE HADJETLACHE (psychiatre et psychanalyste), citant M. BALINT, souligne la valeur mobilisatrice de la régression sur le plan psychique, et parle de « *régresser pour progresser* » (2006, p. 73). En relaxation, le patient est souvent en position allongée, immobile, soumis au regard, à la parole et au toucher du thérapeute. Surviennent alors des sensations, des affects, rattachés aux premières expériences et relations de la vie, qui peuvent être vécus comme très enveloppants ou au contraire comme morcelants. Le thérapeute doit alors accueillir et contenir ces éprouvés.

Par la régression qu'elle induit chez le patient, la relaxation va donc permettre à l'image du corps, selon E. PIREYRE, d'émerger par pans à la conscience du sujet. Elle a donc tout son intérêt auprès de patients douloureux chroniques.

B- La relaxation comme thérapie psychomotrice

La relaxation fait partie de la pratique thérapeutique du psychomotricien. Pour Catherine POTEL, la thérapie psychomotrice « *visé plus particulièrement la construction ou le renforcement d'une unité somatopsychique par un travail sur l'image du corps, soutenu par la relation qui s'instaure dans l'espace thérapeutique* » (2015, p. 16). Elle va donc viser à établir ou à rétablir l'équilibre psychocorporel de la personne, en s'appuyant sur le lien relationnel entre le patient et le psychomotricien qui sert de base de travail à la thérapie.

La relaxation est un travail réalisé sur le corps, une expérience subjective qui vise à rétablir un équilibre émotionnel. Elle peut donc être utilisée en thérapie psychomotrice, car elle permet au patient de vivre des expériences corporelles en lien avec son vécu affectif et émotionnel, tout en étant soutenu par le psychomotricien qui accompagne l'accès à la représentation et à la symbolisation.

C- La relaxation, une médiation

Selon le Larousse, la médiation est le fait de servir d'intermédiaire, en particulier dans la communication. Cette définition de sens commun va nous permettre d'introduire ce qu'est la médiation en psychomotricité.

Selon Catherine POTEL, la médiation thérapeutique en psychomotricité est « *ce qui sert d'intermédiaire entre soi et l'autre* » (2010, p. 365). Elle a pour objectif d'ouvrir un espace de transitionnalité dans lequel le sujet se construit en cocréation avec son thérapeute. La médiation est alors le support de la relation que le patient et le thérapeute vont créer afin de cheminer ensemble autour d'une problématique. Cela implique un engagement de la part du patient et du psychomotricien.

Quelle que soit la médiation utilisée, plus que la technique pure, ce sont les effets que vont produire ces expériences vécues qui intéressent le psychomotricien. C'est en cela que la médiation va avoir une valeur de symbolisation, selon C. POTEL, car elle est investie pour elle-même, et offre un temps propice à l'échange, à la créativité et à l'expression.

Pour elle, les objectifs d'une médiation en psychomotricité sont :

- « *de proposer un lieu d'expériences, de sensations et de perceptions ;*
- *de favoriser le jeu du corps porteur d'une expression spécifique, dans un étayage relationnel structurant ;*
- *d'aider à la transformation des éprouvés en représentations* » (Ibid, p. 367).

Dans le choix d'une médiation, le psychomotricien engage toujours une partie de lui-même, puisqu'il s'appuie sur un moyen d'expression qui lui est personnel. Par sa connaissance et surtout par son vécu de la médiation, il va pouvoir mettre du sens sur ce qui se vit pour le patient et sur ce qui se partage dans l'expérience. En effet, s'il apparaît comme essentiel de permettre au sujet d'éprouver de véritables expériences corporelles, « *il s'agit aussi de l'aider à assimiler, à intégrer, à transformer ses expériences en représentation symbolique, afin qu'elles lui servent à faire d'autres expériences de plus en plus élaborées* » (Ibid, p. 367-368).

La relaxation est une médiation utilisée par un grand nombre de psychomotriciens. En effet, elle propose au patient de porter une attention particulière à ses sensations et perceptions, et donc de vivre une expérience corporelle. Le temps de verbalisation qui l'accompagne offre au patient la possibilité d'une mise en mots et d'une mise en sens de ce qui a été vécu pendant la séance, soutenu par l'étayage du psychomotricien.

Dans le cas du patient douloureux chronique, la relaxation lui permet également de vivre des expériences dans et avec son corps, autrement qu'au travers de la douleur. Elle peut permettre au sujet souffrant de se réapproprier son corps à travers un vécu agréable, et donc de s'en faire une image différente.

D- Le cadre en relaxation

C. POTEL définit le cadre comme ce qui « *contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée* » (2010, p. 321).

Pour Mado THIVEAUD, « *la cohérence du cadre en général est l'élément indispensable à la bonne évolution du patient. Ce dernier y trouvera toute la permanence et la sécurité dont il a besoin pour évoluer dans un sens positif* » (1997).

La relaxation offre au patient un moment de détente corporelle et psychique, et lui permet d'aller, comme l'a décrit P. BRENOT, vers une régression importante. Pour cela, la relaxation doit se dérouler dans un cadre suffisamment contenant et sécurisant pour que puissent s'y vivre de vraies expériences psychocorporelles.

Lors des rencontres préalables, le psychomotricien et le patient définissent ensemble le cadre de la prise en soin. Ils vont convenir ensemble d'un jour et d'un horaire pour les séances de relaxation, et déterminer leur fréquence. Le cadre concerne également le lieu où se dérouleront les séances. Il s'agit le plus souvent de la salle de psychomotricité, avec le matériel et le mobilier qui la composent. Une fois défini, ce cadre spatio-temporel devra se faire le plus régulier possible, car il permet d'installer la relation thérapeutique.

Ensuite, le déroulement de la séance de relaxation est lui aussi régulier, et s'effectue généralement en cinq étapes : le temps d'installation, le temps de détente, le temps d'approfondissement, la reprise et la verbalisation.

Le temps d'installation correspond au moment où le patient va s'installer dans une position qui lui est confortable, en général une position allongée (mais parfois assise). Des aménagements favorisant la détente peuvent lui être proposés : coussins, couverture... Il est également invité à fermer les yeux. L'installation est accompagnée par les inductions verbales du psychomotricien, dans une démarche bienveillante.

Il propose au patient, une fois installé, de porter son attention sur son état tonique actuel et sur sa relation à l'environnement (appuis du corps, bruits extérieurs...).

Puis vient le temps de détente, qui permet un travail sur le tonus musculaire. Selon la méthode choisie, le psychomotricien pourra utiliser des inductions tactiles, à travers le toucher ou des mobilisations passives, ou bien générer une détente par des inductions verbales. Durant cette étape, le patient va être dans une attitude d'écoute de ses propres ressentis. Qu'elles soient verbales ou tactiles, les inductions vont concerner chacun des segments corporels, pour que le patient fasse l'expérience d'un corps unifié.

Une fois l'état de détente atteint, le psychomotricien peut proposer au patient un temps d'approfondissement, sans inductions, afin qu'il s'imprègne du vécu de la séance. D'abord relativement court, ce temps de silence pourra s'allonger au fur et à mesure des séances.

L'étape de la reprise sert de conclusion à la séance. Le psychomotricien invite le patient à revenir à son rythme vers un niveau de conscience plus élevée et vers le monde extérieur. Il peut lui proposer de bouger, de s'étirer s'il en ressent le besoin.

Enfin, le temps de verbalisation est pour le patient l'occasion de partager ses ressentis durant la séance. Le rôle du psychomotricien est d'accompagner le patient dans la mise en place du discours, dans la mise en mots de ses éprouvés, et de le soutenir dans son élaboration.

Le cadre, par sa régularité spatio-temporelle et par la présence bienveillante et empathique du psychomotricien, confère à la séance de psychomotricité une fonction contenante.

E- La fonction contenante du psychomotricien en relaxation

La fonction du psychomotricien en relaxation est assimilable à la fonction alpha développée initialement par W. R. BION (1962).

La fonction alpha est définie comme la fonction de détoxification de la mère sur les expériences sensorielles désorganisantes (éléments bêta) que vit le bébé. En effet, l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience. Ainsi, la mère accueille ce que vit le bébé et lui donne du sens afin qu'il puisse l'assimiler en retour. Elle occupe alors à la fois une fonction contenante et symbolisante.

Le psychomotricien revêt également cette fonction symbolisante et contenante qu'est la fonction alpha. En effet, il soutient son élaboration et la transformation des ressentis (éléments bêta) en quelque chose de représenté (éléments alpha). D'après M. GUIOSE, c'est là un travail où « *le thérapeute met à la disposition de son patient son psychisme tel un « Moi auxiliaire » (D. Anzieu), sa capacité de transformer des émotions inassimilables, en quelque chose de recevable pour le patient* » (2003). Cette fonction alpha du psychomotricien offre au patient l'opportunité d'une expérience « *où pourrait se constituer, par ce mécanisme d'étayage et l'introjection de la fonction contenante du thérapeute, une enveloppe psychique (D. Anzieu), une peau psychique (E. Bick)* » (Ibid), mise à mal par la douleur chronique.

F- Rôle du psychomotricien et image du corps en relaxation

Selon M. GUIOSE, la relaxation permet de toucher à tous les pans de l'image du corps, grâce à la régression que celle-ci induit, telle que nous l'avons décrite précédemment. Les conditions dans lesquelles se déroule la séance ont pour cela une importance majeure, avec les conditions de silence, de lumière atténuée, la position allongée, la voix tranquille du thérapeute et l'importance des sensations du corps.

Je réalise pour la première fois une séance de relaxation avec Mme B. Lors du temps de verbalisation, cette dernière me dit : « J'avais l'impression d'être une petite fille et que vous me lisiez une histoire ».

On voit là, à travers la représentation de Mme B., que ce phénomène de régression peut être ressenti par le patient. M. GUIOSE, à travers une expression de BALINT, nous dit que, par le phénomène de régression en relaxation, « *nous touchons véritablement à l'enfant dans le patient* » (2003). Cette régression peut conduire le sujet à vivre une image du corps enfouie dans les strates du passé.

La question de l'image du corps en relaxation est donc évidente. Nous avons vu précédemment, à travers la définition de l'image composite du corps d'E. PIREYRE, que la douleur chronique vient impacter la plupart de ses sous-composantes. Nous allons voir ici comment le travail de relaxation en psychomotricité peut permettre la restauration d'une image du corps unifiée.

1- Prise de conscience corporelle

La prise de conscience du corps est l'un des outils thérapeutiques utilisés en psychomotricité. Prendre conscience de son corps en relaxation, pour E. PIREYRE, c'est « *porter son attention vers certaines zones corporelles ou vers la globalité du corps* » (2015, p. 207). La prise de conscience corporelle consiste donc en la focalisation de l'attention sur une sensation corporelle.

La relaxation est une situation où, par le fait de l'immobilité corporelle, les afférences sensorielles sont relativement minimisées. Mais la perception des différentes parties du corps reste tout de même possible, car nous nous souvenons des stimulations sensorielles qu'elles ont connues dans le passé. E. PIREYRE, citant DAMASIO (2003), justifie cette possibilité de retour à l'expérience antérieure par la théorie de l'encartage. Le cerveau garde en mémoire sous forme de réseaux neuronaux l'ensemble des expériences sensorielles vécues. Si l'expérience s'accompagne d'une émotion, celle-ci est également encartée. Il y a donc conservation dans le cerveau des traces des événements vécus, mais aussi de leurs détails (émotionnels, environnementaux, physiologiques...).

Ce fonctionnement cérébral justifie donc la prise de conscience corporelle proposée par le psychomotricien. En effet, « *le souvenir d'une parole peut entraîner une émotion, une perception peut activer une représentation et/ou émotion anciennes et inversement* » (2015, p. 204). Une séance de relaxation peut donc donner lieu à des événements corporels ou psychiques variés.

Auprès de patients douloureux chroniques, cette prise de conscience du corps à travers la relaxation va permettre une reconnexion du sujet avec son corps et ses émotions, et constitue ainsi un vrai processus thérapeutique. En se situant à l'interface de la sensibilité somato-viscérale et des processus représentationnels, la prise de conscience du corps permet d'accéder à certaines composantes de l'image du corps.

2- Le tonus

Pour E. PIREYRE, le tonus est en lien avec le vécu émotionnel du sujet, et est donc l'une des composantes de l'image du corps. L'état émotionnel du sujet se manifeste sur son corps et son image corporelle, à travers sa tonicité, sa posture. Auprès de patients douloureux chroniques, l'un des objectifs du psychomotricien en relaxation sera de permettre la résolution tonique, car on observe très fréquemment chez eux des tensions musculaires importantes et une hypertonie globale.

La relaxation en psychomotricité va permettre de favoriser chez le patient douloureux une meilleure régulation tonico-émotionnelle. En effet, par définition, la relaxation permet une diminution du tonus du sujet. Les suggestions du psychomotricien, induisant un climat émotionnel apaisant, influencent également l'activité tonique dans le même sens. Ainsi, la détente tonique pourra amener à une détente psychique. Les émotions du patient après la relaxation seront alors plus agréables qu'elles ne l'étaient avant.

Chez le patient douloureux chronique, la détente tonique permet d'apporter un mieux-être corporel. Durant ce temps de relaxation, il peut, pour un temps au moins, porter son attention ailleurs que sur ses tensions et sur sa douleur, favorisant ainsi un réinvestissement de son corps à travers des sensations corporelles restructurantes. Cela lui permet alors de modifier la représentation qu'il en a et de renouer avec un sentiment d'identité : ce corps qui est le sien n'est pas que douleur, mais peut être aussi la source de sensations agréables. Cela va également le conforter dans son sentiment de continuité d'existence.

Le tonus est donc en même temps une source d'information pour le psychomotricien sur l'état émotionnel de son patient, mais il est aussi révélateur de sa propre disponibilité physique et psychique pour le patient. Selon l'état tonique du thérapeute, le patient se sentira plus ou moins contenu dans la relation, car, au-delà des mots prononcés, il ressent

corporellement sa présence pendant la relaxation. Ce dialogue tonique est à la fois inconscient, par l'expression de la voix, la posture, le regard, les mimiques, mais peut devenir conscient si l'on y porte son attention.

Odile GAUCHER-HAMOUDI et Marc GUIOSE proposent alors de voir la relaxation comme un outil de communication « *qui permettrait d'engager un dialogue tonico-émotionnel avec le sujet, de se mettre au diapason de ses émotions* » (2007, p. 52). En effet, le psychomotricien en relaxation doit s'impliquer corporellement et psychiquement, être à l'écoute de l'autre et de soi simultanément pour s'accorder avec le patient. A la voix, aux mots du relaxateur, le patient réagit par un abaissement du tonus. Réciproquement, par empathie, le psychomotricien ressent l'état de son patient, et est détendu par son bien-être ou ressent l'angoisse de celui-ci. De plus, s'il se trouve dans un état tonique élevé, le psychomotricien ne pourra induire que de la tension chez le patient qu'il reçoit. C'est pourquoi il doit prêter attention à ce que le patient donne à voir au niveau tonico-émotionnel, mais également à ce que lui-même ressent, afin de faciliter cet accordage relationnel et ce dialogue tonique contenant.

Je reçois M. F. pour sa séance de relaxation. Nous nous installons, et la séance peut commencer. Je remarque rapidement que je suis tendue et peu disponible à la relation, sûrement car je suis actuellement en période d'examens. Je me questionne alors sur ce que peut en percevoir M. F. En effet, comment puis-je lui suggérer une détente, alors que je suis moi-même très tendue ?

Je prends alors le temps de me réinstaller. Je me laisse glisser dans le fauteuil, porte mon attention sur ma respiration et commence à me masser les mains. Je continue alors la séance beaucoup plus sereinement.

En me montrant attentive à mes propres ressentis, j'ai pu me réajuster toniquement afin de ne pas transmettre à M. F. mon état de tension, et que sa séance de relaxation puisse se dérouler pour le mieux. J'ai ainsi pu lui induire une détente, en étant moi-même détendue.

De plus, la relaxation peut permettre au patient douloureux, selon O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, de « *relâcher ses défenses, à travers un relâchement de la cuirasse tonique* » (Ibid, p. 52). Ainsi, d'après E. PIREYRE, elle expose à la résurgence de processus archaïques, car « *en déconnectant le patient de son corps en tout ou partie, [...] ces méthodes ouvrent en quelque sorte la voie aux ressentis inconscients* » (2015, p. 162). Il est important que le psychomotricien en ait conscience, pour qu'il puisse prendre en compte les réactions émotionnelles que cela suscite chez le patient. Enfin, la relaxation invite le patient à un « lâcher prise » en toute sécurité, puisque le psychomotricien, par sa fonction contenante, assure une fonction de holding.

La présence empathique, bienveillante et adaptée du psychomotricien en relaxation est primordiale. Par le biais du dialogue tonico-émotionnel, il offre au patient douloureux la possibilité de renouer avec certaines composantes de son image du corps.

3- Les inductions verbales

Plus que les mots du psychomotricien, c'est sa voix qui est au premier plan en relaxation. Calme, enveloppante, rassurante, elle vient induire un état de détente chez le patient. Pour O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, cette expérience est caractéristique du monde du nourrisson, et ce sentiment d'enveloppement par la voix peut être compris comme « *la résurgence dans le transfert en relaxation* » (2007, p. 50). La relaxation est donc l'occasion d'une expérience riche et mobilisante psychologiquement.

Cette fonction d'enveloppement de la voix peut être mise en lien avec le concept d' « *enveloppe sonore du soi* », énoncé par D. ANZIEU (1985) et repris par Edith LECOURT¹³. Avant même d'être dans le peau-à-peau maternel, l'enfant est dans un bain sonore intra-utérin. Par la suite, les mots de la mère pendant les soins forment une ambiance sonore que le bébé associe à une satisfaction de ses besoins et à des moments de plaisir. Pour E. LECOURT, le bain sonore a une fonction de holding pour le bébé, et lui donne la sensation d'être porté. L'enveloppe sonore de la mère a valeur de pare-excitation pour l'enfant. Nous pouvons alors en déduire que la voix a une fonction archaïque d'apaisement.

¹³ Citée par O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE (2007, p. 51).

La tonalité de la voix en relaxation est particulière, relativement monocorde, douce et ne doit pas imposer ou faire intrusion. La voix du psychomotricien va alors faire écho au patient de la voix maternelle, douce, chaude et enveloppante, gratifiante et narcissisante, favorisant la régression. Nous pouvons alors dire que la voix du psychomotricien vient bercer le patient, comme la voix de la mère l'a bercé autrefois. Le relaxateur lui offre donc un sentiment d'enveloppement, de contenance par la voix qui va venir faire écho à son image du corps. En effet, la voix du psychomotricien vient renforcer le sentiment de continuité d'existence du sujet et faire écho à ses affects et ses représentations.

Il ne faut pas pour autant négliger l'importance des mots qui, eux aussi, ont une résonance chez le patient. Les inductions verbales du psychomotricien expriment toute une sensorialité (sensation de pesanteur, de chaleur...) plus ou moins vécue et perçue par le patient. Le psychomotricien va, durant ses inductions, nommer chaque partie du corps pour les relier. Ainsi, il permet au patient douloureux un vécu corporel unifié, rassemblé.

Après l'une de ses séances de relaxation, Mme C. verbalise : « C'est comme si ces séances me permettaient de me reconstruire, de me restructurer. C'est comme si j'étais des morceaux éparpillés qu'on venait rassembler ».

Mme C. exprime là son vécu d'un corps morcelé, en quelque sorte "détruit" par la douleur. Les séances de relaxation lui permettent alors de ressentir son corps comme solide et unifié. Elles lui apportent un sentiment de continuité d'existence et d'identité, ainsi que le vécu d'un corps structuré, suffisamment solide pour faire face à la douleur.

Les temps de silence entre les inductions verbales ont aussi toute leur importance. En relaxation, le silence entre les phrases, les mots, laisse le temps au patient de vivre ce que nous lui proposons, il l'invite à laisser émerger les sensations, images et pensées. Ce temps de silence vient à accentuer le poids des mots du psychomotricien et leur résonance. Enfin, il permet au patient de se tourner plus profondément vers lui-même, car c'est dans le silence que les sensations du corps peuvent se faire entendre.

Pour O. GAUCHER-HAMOUDI et M. GUIOSE, les mots et la voix du relaxateur rappellent, par un retournement régressif, « *cette lointaine époque où les mots prenaient leur sens dans le doux contact des bras des parents. Relation riche en expériences affectives sécurisantes et narcissisantes, qui, à travers la relaxation, par un processus de transfert, s'actualise lors d'une séance* » (2007, p. 50). Nous pouvons rappeler ici la remarque de Mme B. : « J'avais l'impression d'être une petite fille et que vous me lisiez une histoire ».

Il existe alors, dans la séance de relaxation, une relation de transfert entre le psychomotricien et le patient. Pour Jean MARVAUD, c'est le cadre de la séance qui permet cette relation particulière entre le patient et le thérapeute, comme « *une métaphore de la relation parent-enfant* » (1995, p. 133). C'est également ce que l'on retrouve dans la fonction alpha du psychomotricien, qui reçoit les sensations du patient et l'aide à les mettre en mots.

4- Les inductions tactiles

Pendant la relaxation, le psychomotricien peut également proposer des inductions tactiles au patient. Par un contact direct (peau-à-peau) ou indirect (utilisation d'un médiateur), bref ou prolongé, le toucher favorise la régression, évoquant la situation mère-bébé.

Le toucher joue un rôle important dans la vie émotionnelle et relationnelle de l'enfant. En effet, les contacts corps-à-corps avec sa mère, les caresses de celle-ci génèrent une sensation d'apaisement, tandis que certains contacts désagréables (piqûres, soins médicaux...) peuvent altérer son sentiment de sécurité et de confort. Le toucher est donc très chargé affectivement, et joue un rôle majeur dans la construction de l'image du corps chez l'enfant.

Lorsque le psychomotricien lui propose une induction tactile, il permet au patient de percevoir les limites de son corps. Son toucher se veut contenant et enveloppant, afin d'offrir au patient un sentiment de sécurité. Il peut également lui permettre de ressentir certaines parties de son corps d'une manière différente. Par exemple, si le psychomotricien vient toucher une zone douloureuse du corps du patient, il peut lui des sensations et un vécu agréables permettant le réinvestissement de cette partie du corps. De plus, le toucher peut faire resurgir chez le patient des vécus très archaïques, qui renvoient à la structuration de

son image du corps. Il permet ainsi de soutenir le sentiment de continuité d'existence, et vient renforcer la perception des limites corporelles.

5- La verbalisation

Le temps de verbalisation qui fait suite à la séance de relaxation fait partie intégrante de celle-ci et donne l'occasion au patient de mettre des mots sur ce qui vient de se vivre durant la séance. C'est à ce moment-là que le patient douloureux va pouvoir faire des liens entre ses ressentis et sa souffrance.

Mme C. est reçue dans le service où j'effectue mon stage pour des douleurs névralgiques cervico-brachiales persistantes depuis 15 ans. Lors du temps de verbalisation qui fait suite à l'une de ses séances de relaxation, elle semble apaisée et s'exprime : « Je n'ai plus mal du tout, plus aucune douleur. C'est peut être ça finalement le bonheur ? ».

A travers ses mots, Mme C. nous dit à quel point sa souffrance lui pèse au quotidien, et combien cela impacte sa perception du monde et d'elle-même. Cette douleur présente depuis 15 ans s'est enfin tue. L'absence de douleurs à la fin de la séance de relaxation apparaît donc comme salvatrice pour Mme C.

Le psychomotricien, par sa fonction alpha, va pouvoir accompagner le patient dans la mise en mots de ses ressentis et dans un processus d'élaboration. Pour Sylvie DEFOSSEZ, le rôle du psychomotricien n'est pas de travailler sur le discours, mais « *de permettre qu'il se mette en place. Il naît d'un éprouvé et il en est la ponctuation, la définition. Ainsi le ressenti est mis en mots, reconnu, propre à soi. Les verbalisations sont parfois similaires ou différentes, venant [...] renforcer cette notion d'individualité : être semblable et être différent* » (1997).

A travers ce temps de verbalisation, soutenu par le « psychomotricien-écho » selon la formule d'E. PIREYRE, le patient douloureux va pouvoir parler de lui, de ses ressentis et de sa singularité. Il exprime ainsi son sentiment d'identité, qui est l'une des composantes de l'image composite du corps.

De plus, la fonction contenante du psychomotricien, par son soutien, sa présence bienveillante et son écoute empathique, permet au patient de s'exprimer librement dans un cadre sécurisé. Cette sécurité assurée par le thérapeute conforte alors le patient douloureux dans son sentiment de continuité d'existence.

III- Apprécier l'évolution de l'image du corps

La question de l'évaluation de l'image du corps peut être discutée. Il existe des bilans le permettant, mais nous pouvons également considérer toute la dimension subjective de son évaluation. Pour ma part, je ne présente pas ici d'évaluation formalisée, puisque je m'appuie essentiellement sur une évaluation subjective de l'image du corps. Afin d'observer une évolution de l'image du corps chez le patient douloureux chronique, nous pouvons nous appuyer sur un certain nombre de critères :

- Sa posture et sa motricité : Nous pouvons observer si la posture du patient est plus ouverte que lors des précédentes rencontres, s'il adopte une posture antalgique ou s'il peut conserver une position assise ou allongée plus longue qu'au début des séances. Il convient également de s'intéresser à ce qu'il donne à voir au niveau tonique et si sa motricité est plus fluide.
- Sa présentation physique : Le patient peut, petit à petit, porter plus d'importance à son apparence physique. Cela peut s'observer dans les soins qu'il peut porter à son corps (maquillage, manucure...) ou bien dans sa tenue (élégante, colorée...). Ceci témoigne de la renarcissisation du patient et du réinvestissement de son corps.
- Son ouverture sociale : Là encore, cela est observable par les manifestations toniques du patient. On peut également constater un regain d'intérêt social à travers les dires du patient, ce qu'il raconte de ses activités ou encore sa disponibilité à l'échange.
- Ses projets : Le fait de reprendre des projets montre que le patient se projette dans le futur. Son identité et son sentiment de continuité d'existence sont renforcés, il peut alors envisager un futur malgré la persistance de ses douleurs.
- Ses verbalisations : Au fur et à mesure des séances, les verbalisations autour de la douleur peuvent diminuer, et nous pouvons constater une augmentation des sensations agréables à travers les mots plus positifs employés par le patient. Le langage que le patient porte sur son corps peut témoigner de la réappropriation de celui-ci.

Ces différents critères permettent au psychomotricien d'observer l'évolution du patient tout au long de la prise en soin en relaxation, et également de constater l'impact positif de celle-ci sur la reconstruction de son image du corps.

Je vais à présent illustrer plus précisément mon propos à travers une présentation de mon terrain de stage de cette année, ainsi qu'avec l'étude de cas de Madame B.

PARTIE 4 - CLINIQUE PSYCHOMOTRICE EN RELAXATION

I- Présentation du terrain de stage

A- *Présentation du service*

J'effectue mon stage de troisième année au sein du service de Médecine Physique et Réadaptation d'un hôpital public. Cette spécialité médicale récente (1973) a pour objectif de minimiser les conséquences d'un accident, d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale, tant sur le plan fonctionnel et physique que sur le plan cognitif, psychologique et social, en s'appuyant sur un contexte pluridisciplinaire. Le service au sein duquel je réalise mon stage est scindé en deux unités : une unité d'hospitalisation conventionnelle, ainsi qu'une unité d'hospitalisation de jour.

Mon stage se déroule uniquement dans l'unité d'hospitalisation de jour, qui accueille une cinquantaine de patients par semaine, avec seize places par journée. La durée de leur séjour varie selon les pathologies, de quelques semaines à plusieurs mois voire années pour les atteintes les plus graves. L'unité reçoit majoritairement des patients adultes, mais également quelques enfants et adolescents. Trois principales catégories de pathologies y sont prises en soin :

- Les pathologies neurologiques : Accident vasculaire cérébral, sclérose en plaque, maladie de Parkinson, lésions médullaires, pathologies neurodégénératives, maladies neurologiques périphériques (neuropathies...)...
- Les amputations des membres, d'origine traumatique ou vasculaire ;
- Les pathologies de l'appareil locomoteur : Atteintes rachidiennes, affections rhumatologiques et orthopédiques, douleurs chroniques d'origine neurologique ou rhumatologique...

Même si ce n'est pas une structure spécialisée dans l'évaluation et le traitement de la douleur chronique, la majorité des patients reçus dans le service en souffrent du fait de leur pathologie.

A son arrivée, le patient rencontre le médecin du service, avec lequel il réalise un bilan d'entrée. C'est l'occasion de faire le point sur son mode de vie, ses antécédents médicaux et l'histoire de sa maladie, les examens déjà réalisés et les traitements actuels. Le médecin réalise également un examen clinique d'entrée.

A la suite de cette rencontre, de façon conjointe, le médecin et le patient définissent les objectifs de la prise en soin à l'hôpital de jour. Le médecin réalise alors les prescriptions pour les professionnels paramédicaux qui contribueront à la réalisation de ces objectifs.

En fonction des besoins estimés, le patient est reçu à l'hôpital de jour une, deux ou trois journées par semaine. Au cours de ces journées, il rencontre tour à tour les différents professionnels paramédicaux, selon un planning journalier qui lui est remis le matin à son arrivée dans le service. Une chambre individuelle ou collective est mise à sa disposition pour les moments où il ne bénéficie pas de prises en soin.

B- L'équipe pluridisciplinaire :

Les pathologies accueillies dans le service nécessitent une prise en soin pluridisciplinaire. Au sein d'un service de Médecine Physique et Réadaptation, la prise en soin se fait selon un modèle biopsychosocial. Il s'agit d'améliorer à la fois l'état fonctionnel physique, psychologique, social et professionnel, ainsi que la qualité de vie du patient accueilli.

L'équipe pluridisciplinaire est composée de :

- deux médecins,
- une cadre de santé,
- une infirmière et deux aides-soignantes,
- trois kinésithérapeutes,
- une éducatrice en activité physique adaptée,
- un aide plateau technique,
- deux ergothérapeutes,
- une orthophoniste,
- une psychologue,
- et une psychomotricienne.

Une fois par semaine, l'équipe se réunit afin de faire la synthèse du suivi de chaque patient, et des bilans sont réalisés régulièrement par le médecin.

C- Communication interprofessionnelle

Un logiciel informatique permet de recueillir les informations concernant le suivi du patient et ses différents bilans. Chacun des professionnels y a accès. Mais les transmissions entre les différents professionnels de la structure se font surtout par l'intermédiaire du dossier du patient, qui est un dossier papier. Il contient les conclusions des différents bilans réalisés, le dossier infirmier du patient, un résumé des synthèses en équipe et les transmissions de chaque professionnel. Le patient peut avoir accès à son dossier s'il le demande. La communication interprofessionnelle peut également se faire de manière informelle.

D- Place de la psychomotricité

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire, chacun a un rôle bien défini. Sur prescription médicale, la psychomotricienne propose aux patients des séances individuelles de relaxation, principalement à induction verbale. Formée à la relaxation psychanalytique Sapir, elle s'en inspire fortement dans ses propositions. Cette prise en soin en relaxation fait partie intégrante du projet de soin du patient. Cette médiation trouve sa place dans l'équipe par sa complémentarité apportée à la rééducation physique.

Lors de la première rencontre avec le patient, la psychomotricienne ne réalise pas un bilan psychomoteur en tant que tel, mais une évaluation psychomotrice sous forme d'un entretien. Durant celui-ci, elle fait le point avec lui sur son motif d'hospitalisation, ses antécédents, mais également sur son environnement socio-professionnel. Elle le questionne aussi sur ses douleurs : leur survenue et les facteurs déclencheurs, leur retentissement sur la vie quotidienne, ainsi que les traitements (médicamenteux et non-médicamenteux) dont il a bénéficié. De plus, elle profite de cet entretien pour observer la posture du patient, ses éventuels troubles toniques, et l'interroge sur les liens qu'il établit entre l'émotion, la tension et la survenue d'un pic douloureux. Cette rencontre permet également de repérer les ressources matérielles et psychiques dont dispose le patient. C'est l'occasion pour lui d'exprimer ses attentes envers l'hospitalisation de jour, et de parler de ses projets de vie futurs.

Lors de cet entretien, la psychomotricienne présente au patient l'intérêt de la médiation relaxation dans la prise en soin de la douleur, et l'interroge sur la représentation qu'il s'en fait. Cette rencontre permet d'instaurer une alliance thérapeutique entre la psychomotricienne et le patient.

Lors des séances suivantes, la psychomotricienne propose au patient une séance de relaxation d'une durée de trente à quarante-cinq minutes, à raison d'une à deux fois par semaine en fonction de ses besoins. Celle-ci se déroule toujours dans la même pièce et en individuel. Seul l'horaire est susceptible de changer selon le planning du patient.

Le patient est allongé sur un lit médicalisé, ce qui lui permet d'en régler la hauteur et d'en incliner le dossier afin de trouver la position qui lui convient le mieux. Des coussins sont également à sa disposition. Ces derniers, placés sous les genoux, peuvent faciliter le maintien de la position allongée. Le patient peut aussi s'installer en décubitus latéral si cette position lui est plus confortable. La psychomotricienne propose alors au patient de fermer les yeux, et peut également l'inviter à s'imaginer dans un lieu agréable pour lui. A l'aide d'inductions verbales, elle amène le patient à porter son attention sur le rythme naturel de sa respiration, et sur les sensations corporelles qui y sont associées. Ces différentes inductions sont rythmées par des temps de silence. Par la suite, elle l'invite à une détente progressive de chaque partie du corps, de la tête jusqu'aux pieds, par une induction de relâchement, de pesanteur, d'enveloppement. S'ensuit un temps de silence prolongé, durant lequel le patient peut porter attention à l'ensemble de ses sensations corporelles. Il est ensuite invité à reprendre contact, à son rythme, avec ce qui se passe autour de lui, et à s'étirer et bouger s'il en ressent le besoin.

Un temps de verbalisation fait suite à la séance de relaxation. La psychomotricienne propose au patient de mettre des mots et du sens sur ses éprouvés corporels, mais aussi sur ses représentations mentales lors de cette séance.

Le contenu de la séance ainsi que les dires du patient sont ensuite inscrits dans son dossier de psychomotricité. Cela permet de constater l'évolution du patient d'une séance à l'autre.

Il est important que le patient comprenne que le psychomotricien n'est pas là pour le détendre, mais pour l'accompagner dans ce processus. Le but des séances est l'autonomisation du patient afin qu'il apprenne lui-même à trouver le chemin pour se détendre. Certains patients veulent aller mieux tout de suite, il faut alors leur faire comprendre que la détente en relaxation est un travail, c'est-à-dire que ce ne sera pas à la première séance que la douleur diminuera.

E- Mon rôle en tant que stagiaire psychomotricienne

J'ai réalisé mon stage de troisième année au sein de ce service tous les jeudis, du mois d'octobre 2016 à mai 2017, encadrée par la psychomotricienne de la structure.

J'ai d'abord adopté une posture d'observatrice durant les premiers mois de ce stage, en assistant aux séances de relaxation des patients. J'ai également pu suivre chacun des professionnels du service pendant une demi-journée, afin de m'inscrire dans un travail pluridisciplinaire. Enfin, j'ai participé, pendant trois journées consécutives, à une session d'éducation thérapeutique du patient lombalgique chronique.

Par la suite, j'ai pu proposer moi-même des séances de relaxation à induction verbale à certains patients reçus dans le service.

II- Etude de cas : Mme B.

Je rencontre Mme B. à l'occasion de mon stage dans le service d'hospitalisation de jour. Elle est accueillie au service de Médecine Physique et Réadaptation en janvier 2017 pour des problèmes de lombalgies.

A- Anamnèse

Mme B. est actuellement âgée de quarante-trois ans. De taille moyenne, plutôt mince, c'est une femme d'apparence frêle. Maman de deux enfants de vingt-quatre et dix-neuf ans issus d'un premier mariage, elle a également une petite fille de quatre ans et est également deux fois grand-mère. Vivant seule avec ses deux plus jeunes enfants à charge, elle est en conflit financier important avec les pères de ses enfants.

Mme B. travaillait en tant qu'ouvrière viticole jusqu'en 2012. Elle a réalisé à l'époque plusieurs formations afin de se mettre à son compte, de louer des vignes et de réaliser son propre vin. Ses douleurs lombaires lui ont fait renoncer à ce projet professionnel. Bien qu'ayant une reconnaissance de qualité de travailleur handicapé, Mme B ne perçoit pas d'allocation adulte handicapé et vit grâce au Revenu de Solidarité Active.

Inscrite dans une agence pour l'emploi, elle a réalisé récemment des tests de reconversion professionnelle. Ces derniers lui ont conseillé de devenir animatrice pour personnes âgées, orientation qui ne lui convient pas du tout. Elle n'a pour l'instant pas de

projet professionnel, mais dit avoir envie de reprendre le travail. Mme B. est également bénévole au sein d'une association de solidarité locale trois journées par semaine. Elle dit s'y sentir valorisée et soutenue par ses collègues.

Mme B. souffre de lombalgies depuis 2011, d'apparition progressive et de rythme assez fluctuant. Selon la Haute Autorité de Santé (anciennement Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), la lombalgie chronique est définie par une douleur habituelle de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou. Ce n'est pas le cas pour Mme B., qui ne présente pas de sciatgie (douleur sur le trajet du nerf sciatique).

Elle a bénéficié de séances de rééducation kinésithérapique qu'elle a stoppées il y a quelques mois du fait de l'absence d'amélioration. L'imagerie par résonance magnétique du rachis lombaire réalisé en avril 2016 retrouvait essentiellement des signes de discopathie dégénérative L5-S1. Il s'agit d'une dégénérescence du disque intervertébral au niveau de l'articulation entre la dernière vertèbre lombaire (L5) et la première vertèbre du sacrum (S1). Cette usure du disque intervertébral est à l'origine des douleurs lombaires de Mme B.

Actuellement, Mme B. n'a pas de traitement médicamenteux régulier. Elle prend cependant du Tramadol® et du paracétamol de manière ponctuelle si elle en ressent le besoin.

B- La prise en soin au sein du service

1- Examen médical d'entrée

A l'examen clinique d'entrée, Mme B. présente un bon état général. Le médecin retrouve un syndrome rachidien marqué, qui correspond à des rachialgies, une raideur segmentaire et une douleur à la percussion des épineuses, surtout sur l'extension et les latéflexions. L'examen neurologique des membres inférieurs est strictement normal. Le rachis lombaire est sensible à la palpation.

A son arrivée dans le service, Mme B. évalue sa douleur à 8 sur 10. Elle exprime une grande crainte de la douleur qui pourrait être générée par la rééducation.

2- Objectifs de la prise en soin

Les attentes énoncées par Mme B. vis-à-vis de la prise en soin sont de pouvoir retravailler, mais également de pouvoir vivre normalement et d'accepter la douleur. Les objectifs de l'hospitalisation de jour que le médecin a préconisés pour Mme B., en accord avec celle-ci, sont les suivants :

- Réadaptation du rachis,
- Réévaluation psychologique,
- Réadaptation à l'effort.

3- Les différentes prises en soin

Mme B. bénéficie donc d'une prise en soin pluridisciplinaire dans le service, associant kinésithérapie, balnéothérapie, ergothérapie, activité physique adaptée et psychomotricité. Un accompagnement psychologique est également mis en place. L'évaluation réalisée par la psychologue mettra en avant le fait que Mme B. a rencontré beaucoup d'épreuves familiales depuis sa naissance, qui sont à l'origine d'un mal-être depuis plusieurs années. Aujourd'hui, Mme B. dit vivre essentiellement pour ses enfants, et être très anxieuse.

4- La prise en soin en psychomotricité

La prise en soin en psychomotricité ne fait pas directement partie des objectifs de l'hospitalisation de jour de Mme B., mais le médecin a estimé qu'un suivi en relaxation pourrait être pertinent pour elle.

L'entretien de rencontre avec Mme B. se déroule un mercredi, je ne suis alors pas présente au sein de la structure. Je vais donc retranscrire ici les observations de la psychomotricienne.

Lors de la première rencontre avec la psychomotricienne, Mme B. n'avait pas compris que la case "relaxation" sur son planning correspondait à une prise en soin, mais pensait que c'était un temps de pause dans sa journée. A l'annonce de cela, elle réagit par des mimiques, ce qui questionne la psychomotricienne. Mme B. lui répond qu'elle est sujette à beaucoup de stress : « *je ne sais pas ce que c'est, se relaxer* ». Selon ses dires, « *se relaxer, c'est difficile, parce qu'il faut que je tienne. Sinon, qui s'occupe des enfants ?* ». Cette nécessité de « tenir » se retrouve au niveau tonique, avec une hypertonie du haut du corps. Mme B. semble très préoccupée par sa vie de famille. Elle reconnaît d'elle-même être de nature anxieuse, qu'elle « *garde tout* », et être très sujette à l'eczéma. Elle ne fait pourtant pas de lien entre douleurs et anxiété.

Mme B. attribue le déclenchement de ses douleurs à son activité professionnelle dans les vignes. Elle rapporte que le mal de dos a détruit son projet de vie : « *ma vie s'est écroulée* ». Mme B. considère que ses douleurs ont ruiné sa vie, et a de grandes difficultés à les accepter. Actuellement sans emploi, elle trouve du réconfort dans son activité bénévole au sein d'une association locale : « *ça m'aide beaucoup, ça m'évite de penser* ».

La psychomotricienne lui présente alors le contenu de la prise en soin, et la première séance a lieu la semaine suivante.

a- Première séance

Mme B. est accueillie deux journées par semaine au sein de l'unité d'hospitalisation de jour : le mardi et le jeudi. La psychomotricienne considère pertinent que Mme B. bénéficie de la prise en soin en psychomotricité lors de chacune de ses venues. Sa première séance de relaxation a lieu un mardi, je ne peux donc pas y assister car je ne suis pas présente dans la structure ce jour. Je reprends donc ici les transmissions réalisées par la psychomotricienne.

Lors de la première séance de relaxation, Mme B. arrive en retard à la suite de sa prise en soin en balnéothérapie, ce qui ne lui permet pas de commencer la séance de manière tranquille. Elle commence la séance installée en décubitus dorsal, puis se tourne en semi décubitus latéral. La psychomotricienne réalise une séance de relaxation où elle insiste sur la prise de conscience de la respiration et du souffle. Elle concentre ensuite ses inductions verbales sur la détente progressive des différentes parties du corps, en insistant sur la détente du visage. Mme B. bouge beaucoup les jambes durant la séance, et semble avoir du mal à trouver une position qui lui est confortable.

Lors de la reprise, Mme B. rapporte être épuisée par ses deux premiers jours de prises en soin dans l'unité : « *mon corps n'a pas l'habitude !* ». Elle ajoute que « *ce n'est pas évident* » de se relaxer. Elle précise cependant s'être sentie bien, et met du temps à se rasseoir. Mme B. demande si elle peut refaire la séance de relaxation à son domicile. Elle évoque la difficulté pour elle de prendre du temps pour soi : « *il y a la culpabilité. Depuis 2011 j'ai mis de côté, mais ça ne marche pas, la preuve* ».

b- Deuxième séance

Je rencontre Mme B. lors de sa deuxième séance de relaxation. Elle m'apparaît comme frêle, et sa posture ainsi que sa motricité me font penser à celles d'une personne âgée. En effet, Mme B. entre dans la salle de psychomotricité à tout petits pas, très lentement, et chacun de ses gestes est réalisé à minima, comme s'il lui demandait un effort considérable. Elle est voûtée, les épaules rentrées, et se tient le dos. J'observe chez Mme B. une hypertonie principalement dans le haut du corps, et sa posture témoigne de la recherche d'une position antalgique. Elle semble totalement repliée sur elle-même, tant physiquement que psychiquement.

Mme B. ne semble pas du tout dérangée par ma présence. Elle se dit très douloureuse aujourd'hui, et n'a rien pu faire en activité physique adaptée du fait de sa douleur. Elle exprime également être chamboulée par son rendez-vous plus tôt dans la journée avec la psychologue. Je me questionne alors sur le lien éventuel entre cette souffrance physique et ce bouleversement psychique.

Pour sa séance de relaxation, Mme B. choisit de s'installer sur le côté, les genoux légèrement repliés vers la poitrine, afin d'éviter la majoration de sa douleur. Cette position m'évoque la position fœtale. Lors des premières séances de Mme B., je me place en tant qu'observatrice. Je m'installe sur une chaise située au pied du lit, et me tourne afin de ne pas être face à Mme B., pour ne pas lui paraître intrusive.

Le contenu de la séance se rapproche de celui de la précédente : des propositions sur la prise de conscience de la respiration, puis des inductions verbales afin d'aller vers une détente corporelle progressive. Pendant la séance, Mme B. n'a cessé de bouger en se tenant le dos d'une main, et finit par ouvrir les yeux et les garder grands ouverts.

Elle verbalisera que la séance a été plus compliquée que la précédente, et qu'elle a du mal avec la respiration ainsi qu'avec la détente du dos. Mme B demande si elle peut refaire le travail de respiration chez elle, et dit qu'elle va « *prendre le temps* ». Je perçois alors chez Mme B. une réelle envie d'aller mieux, et un grand investissement dans la prise en soin en relaxation. Elle parle également de son fils à qui elle a eu du mal à faire comprendre son besoin de « *se poser* » chez elle.

c- *Le suivi en relaxation*

Lors de la séance suivante, la psychomotricienne propose à Mme B. de s'installer en décubitus dorsal en plaçant deux coussins sous ses genoux. Cette position lui étant confortable, Mme B. la conservera lors des séances suivantes. Malgré cela, ses premières séances de relaxation seront ponctuées de douleurs. « *Je n'arrive pas à dissocier la douleur aujourd'hui, à la mettre de côté pour me concentrer sur autre chose* », dira Mme B. lors d'un temps de verbalisation. La douleur apparaît là comme l'envahissant totalement. La psychomotricienne réalise alors des séances plus courtes afin que Mme B. puisse réellement profiter d'un moment de détente.

La psychomotricienne me propose, après quelques séances en tant qu'observatrice, de réaliser les séances de relaxation avec Mme B. Je lui propose donc une prise en soin en relaxation chaque jeudi, tandis que la psychomotricienne continue de la voir le mardi.

Lors de la première séance que je réalise avec Mme B., elle arrive à petits pas, légèrement penchée en avant. Elle choisit de s'installer en décubitus dorsal, mais ne prend pas les coussins qu'elle mettait auparavant sous ses genoux. Elle ne les reprendra plus par la suite. A travers cette nouvelle possibilité d'installation, je constate que l'anxiété de Mme B. vis-à-vis de la survenue d'une douleur a diminué. Elle tiendra cette position tout au long de la séance.

Une fois qu'elle est installée, je prends également le temps de m'installer confortablement. Je lui propose de s'imaginer dans un lieu agréable pour elle, où elle aimerait se trouver pour ce moment de détente. Je l'invite ensuite à porter son attention sur sa respiration. Mme B. pose alors une main sur son ventre et l'autre sur sa poitrine, afin de mieux percevoir le mouvement respiratoire. Je perçois sur son visage un réel apaisement. Je lui propose ensuite une détente progressive des différentes parties du corps, de la tête jusqu'aux pieds, afin de lui apporter un vécu corporel unifié. Je remarque alors que Mme B. réagit par de très légers mouvements à mes inductions verbales : elle fait des petits mouvements du visage quand j'aborde la détente de celui-ci, s'étire les doigts quand j'induis une détente des mains, remue les orteils quand je parle des pieds... Elle semble très présente à ce que je lui propose, et garde une part active dans la séance.

Après un temps de silence prolongé vient le temps de verbalisation. Mme B. se dit alors très détendue, et ne pas avoir envie que la séance s'arrête. Elle ajoute : « *j'avais l'impression d'être une petite fille et que vous me lisiez une histoire* ». Mme B. témoigne là

d'un vécu très régressif, où des sensations, des affects rattachés aux premières expériences et relations de la vie ont pu survenir. Cette expérience a semble-t-il été vécue comme très enveloppante et contenant pour Mme B., qui rapporte un bien-être corporel et psychique. Elle repart de la séance en marchant plus rapidement, avec une amplitude de pas plus grande, et son buste est redressé.

Lors des séances suivantes, Mme B. évoquera une plus grande facilité à se détendre, avec des impressions de légèreté, de se sentir « *comme sur un nuage* ». Même les jours où elle est douloureuse, elle parvient à se détendre, et à « *se déconnecter de la douleur* » pour se concentrer sur les sensations agréables. Elle demande alors à la psychomotricienne de réaliser un enregistrement audio de l'une de ses séances, afin qu'elle puisse le réutiliser chez elle, seule et avec son fils, qu'elle décrit comme étant « *une boule de nerfs* ». Mme B. se montre enjouée, plus dynamique, plus avenante, et sa posture témoigne d'un regain de confiance en ses capacités. Elle exprime les bienfaits que lui procure la prise en soin au sein du service. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire évoquent son investissement et son évolution dans chacune des prises en soin. Son hospitalisation de jour est alors prolongée de dix journées par le médecin afin de lui laisser le temps d'évoluer encore.

d- Fin de la prise en soin

Lors de sa vingt-et-unième journée d'hospitalisation, Mme B. rencontre le médecin afin de réaliser un bilan. Conformément au souhait de l'équipe, celui-ci lui propose de continuer encore sur cinq journées, mais Mme B. exprime vivement son souhait d'arrêter la prise en soin. Ce sera alors sa dernière journée. Ce jour-là, elle se montre agressive avec l'équipe soignante et très émotive. Cet arrêt brutal me surprend, d'autant plus que Mme B. s'est montrée très investie dans sa prise en soin, et avait fait de réels progrès. Je suis également déçue de ne pas pouvoir approfondir le travail que l'on a commencé en psychomotricité.

Quand Mme B. entre dans la salle de psychomotricité, elle a les yeux rouges, a l'air très fatiguée et se recroqueville sur sa chaise, me disant qu'elle n'a pas le moral. Elle se met à pleurer, et m'explique s'être disputée avec plusieurs soignants car elle s'est montrée désagréable avec eux, ce qui la peine beaucoup. Elle ne m'en dira pas plus. Mme B. appréhende la séance de relaxation, et m'annonce que la détente risque d'être difficile.

Je lui propose alors de s'installer à son rythme, de prendre le temps dont elle a besoin, et de fermer les yeux quand elle s'en sentira prête.

Lorsque Mme B. semble s'être quelque peu apaisée, je commence la séance de relaxation. J'insiste sur l'ouverture d'un moment de pause, de parenthèse, rien que pour elle. Je lui propose de laisser s'éloigner les bruits et les tracas du quotidien, puis de porter son attention sur sa respiration (que je perçois comme rapide). Rapidement, le rythme respiratoire de Mme B. se fait plus lent, et son corps semble se détendre. J'opte ensuite pour des inductions verbales autour des sensations de la peau, de l'enveloppement, afin de lui permettre de se sentir contenue, soutenue.

A la fin de la séance, Mme B. semble apaisée, et le verbalise. Pour que l'arrêt de la prise en soin soit moins brutal, je lui propose que l'on réalise ensemble un bilan de fin. Elle accepte.

Par rapport à son évolution au sein de l'unité, Mme B. me dit avoir beaucoup progressé. Elle reconnaît qu'avant, elle était « *murée dans [sa] douleur* » : « *je ne voyais rien d'autre possible, j'avais l'impression que je ne pouvais plus rien faire de ma vie* ». A son entrée dans le service, Mme B. avait donc une vision très négative d'elle-même, elle se sentait incapable de faire quoi que ce soit. Elle exprime à quel point sa douleur l'a enfermée, elle se dévalorisait totalement. La douleur a alors atteint son image du corps. Elle dit s'être rendue compte qu'elle peut faire plein de choses, et que passer sa journée dans le canapé n'est pas une solution. Mme B me dit : « *je sais maintenant que je suis capable, grâce à vous tous* ». Son hospitalisation a permis une revalorisation importante, et une consolidation de l'image qu'elle a d'elle-même. Elle se sent désormais « *plus souriante, plus ouverte* ». Elle évalue aujourd'hui sa douleur à 5 sur 10, alors qu'elle l'évaluait à 8 sur 10 à son arrivée.

Mme B. rapporte également que sa prise en soin a eu un impact majeur sur la dynamique familiale. En effet, vivant seule avec ses deux enfants à l'écart d'âge important, elle reconnaît que, quand les douleurs étaient présentes, elle ne faisait pas grand-chose à la maison et laissait son fils prendre le relais. Leur relation était donc très conflictuelle. Aujourd'hui, Mme B. est ravie car chacun a pu retrouver sa place au sein de la famille, et les relations se sont apaisées. Ils partagent plus d'activités ensemble, le fils de Mme B. réalisant même avec elle les étirements, les exercices de kinésithérapie et la relaxation.

Par rapport à la prise en soin en psychomotricité, Mme B. m'explique qu'au début, la relaxation était inenvisageable pour elle : « *c'était un monde utopique, je ne me sentais pas capable de me détendre tellement je suis une boule de nerfs* ». Elle dit avoir vraiment changé sa vision de la relaxation, la pratiquer désormais régulièrement et vouloir la continuer au quotidien, car cela lui confère une détente physique et psychique.

Mme B. va également poursuivre le suivi psychologique à l'extérieur, puisqu'elle reconnaît aujourd'hui en avoir réellement besoin. Elle dit qu'elle a toujours vécu pour ses enfants, mettant de côté ses problèmes personnels, et que l'hospitalisation de jour l'a beaucoup aidée à prendre du temps pour elle, pour penser à elle et pour se recentrer.

5- Conclusion

La prise en soin au sein du service de Médecine Physique a permis d'une part aux douleurs de Mme B. de s'atténuer, et d'autre part lui a permis de les accepter plus sereinement. Malgré cet arrêt brutal, l'hospitalisation de jour a été très positive pour Mme B., tant physiquement que psychiquement.

Mme B. a fait des progrès importants tout au long de la prise en soin en relaxation. Au niveau corporel, j'ai pu observer une évolution de sa posture pendant les séances. De plus, elle arrive d'un pas plus décidé, en se tenant plus droite, dans une posture plus ouverte. Elle se montre également souriante, avenante, disponible. Ses tenues sont de plus en plus colorées, et Mme B. semble également prendre davantage soin d'elle. J'émet l'hypothèse que la prise en soin en relaxation a eu un impact positif sur l'image du corps de Mme B. En effet, le vécu de contenance qu'elle lui a apporté a certainement renforcé son sentiment de continuité d'existence, mais également son identité. Mme B. a pu faire l'expérience d'un vécu enveloppant, comme redéfinissant les limites corporelles, dans une détente tonique. La relaxation lui a également permis de se recentrer, et surtout d'apaiser ses angoisses et son appréhension permanente d'avoir à lutter contre d'éventuelles survenues de douleur. Son image du corps semble alors consolidée, et cela se traduit corporellement, mais également dans son discours. La prise en soin en relaxation s'est avérée être totalement adaptée pour Mme B., malgré sa réticence initiale.

CONCLUSION

Ce mémoire retrace le cheminement de ma réflexion autour de l'impact de la douleur chronique sur l'image du corps, et ma pratique clinique en relaxation.

La douleur chronique, par son caractère envahissant, affecte significativement le sujet dans son fonctionnement. Elle n'est pas seulement physique, mais tout autant psychique. Par là même, la douleur chronique atteint l'image du corps du sujet souffrant, en perturbant profondément ses repères psychocorporels.

La chronicisation de la douleur étant d'origine multifactorielle, elle nécessite alors une prise en soin pluridisciplinaire, afin d'aborder chacune de ses multiples facettes. Se situant à l'interface entre psyché et soma, le psychomotricien a un rôle important à jouer auprès de patients douloureux chroniques. En effet, en agissant sur le versant moteur et corporel, il s'adresse au fonctionnement psychique du patient, ce qui a toute son importance dans la prise en soin de la douleur.

La relaxation est une médiation très utilisée en psychomotricité. Elle permet, dans un cadre et une relation thérapeutiques contenant, de favoriser un vécu corporel unifié, et génère une détente à la fois physique et psychique. La régression qu'elle entraîne permet de toucher à certains pans de l'image du corps. Ainsi, dans le cas de la douleur chronique, où l'image du corps est fortement impactée, la relaxation permet à cette dernière de se reconsolider. Elle permet alors un vécu corporel plus harmonieux, une acceptation de la douleur et même sa diminution.

Mais, si le psychomotricien peut contribuer à la restauration d'une image du corps harmonieuse chez le patient douloureux chronique, ce travail m'a permis de me rendre compte que cette démarche s'inscrit avant tout dans une dimension pluridisciplinaire. En effet, chacun des professionnels paramédicaux, par sa présence empathique, par ses techniques et ses compétences spécifiques, participe à la restauration de l'image du corps du patient et à sa revalorisation narcissique.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (1999, Février). *Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire*. Récupéré de <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf>.
- ALBARET, J.M. (2015). Chapitre 6 : Le corps et ses représentations. Dans J.M. ALBARET, P. SCIALOM et F. GIROMINI (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 1 : Concepts fondamentaux* (p. 214 à 223), De Boeck Solal.
- ALLAZ, A.F. (dir.) (2008). *Aspects psychologiques de la douleur chronique*. Institut UPSA de la douleur chronique.
- BASTE, N. (2013). Chapitre 6 : La relaxation, la sophrologie dans le traitement de la douleur. Dans A. BIOY et C. WOOD (dir.), *Thérapies à médiation corporelle et douleurs*, Institut UPSA de la douleur.
- BOUREAU, F. (1988). *Pratique du traitement de la douleur*. Doin.
- BRENOT, P. (2003). *La relaxation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- CHAUFFOUR-ADER, C. et DAYDE, M. (2012). *Comprendre et soulager la douleur*. Lamarre.
- CHAVAREL, M. (2002). La douleur, dimensions et significations. Dans G. BROYER et N. DUMET (dir.), *Cliniques du corps* (p. 113 à 123), Presses Universitaires de Lyon.
- CROIX, L. (2011). *La douleur en soi : de l'organique à l'inconscient*. Erès.
- DE HADJETLACHE, M. (2006). La relaxation psychanalytique : processus et indications. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* (p. 71-78), 46(1). Doi : [10.3917/rppg.046.0071](https://doi.org/10.3917/rppg.046.0071).
- DOLTO, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Le Seuil.
- FERRAGUT, E. et al. (1995). *La dimension de la souffrance chez le malade douloureux chronique*. Masson.
- FERRAGUT E. (2008). Accueil du patient et de sa plainte. Dans A.F. ALLAZ (dir.) *Aspects psychologiques de la douleur chronique* (p. 119 à 131). Institut UPSA de la douleur chronique.
- GAUCHER-HAMOUDI, O. et GUIOSE, M. (2007). *Soins palliatifs et psychomotricité*. Heures de France.
- GUIOSE, M. (2003). *Fondements théoriques et techniques de la relaxation*. Université Pierre et Marie Curie.
- GUIOSE, M (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. Dans J.M. ALBARET, P. SCIALOM et F. GIROMINI (dir.) *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 2 : Méthodes et techniques* (p. 239 à 287), De Boeck Solal.

- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007, Juin). *Education thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation - Recommandations*. Récupéré de [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp - definition finalites_recommandations_juin_2007.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_recommandations_juin_2007.pdf)
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2008, Décembre). *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient - Argumentaire*. Récupéré de [https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/douleur chronique_argumentaire.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/douleur_chronique_argumentaire.pdf).
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2009, Avril). *Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées - Argumentaire*. Récupéré de [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200906/argumentaire douleur chronique aspects organisationnels.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200906/argumentaire_douleur_chronique_aspects_organisationnels.pdf).
- HOENNER, C. et RIDEL, P. (2015). *Soulager la douleur grâce à la méditation: Apaiser le mental pour moins souffrir*. Josette Lyon.
- KORFF-SAUSSE, S. (2013). Le devenir psychique des corps abîmés. Dans D. BUTNARU et D. LE BRETON (dir.), *Corps abîmés* (p. 129 à 140), Hermann.
- LAPLANCHE, J. et PONTALIS, J.B. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France.
- LAZORTHES Y., SOL J.C., SCHMITT L. *Chapitre 3 : Sémiologie de la douleur - évaluation et suivi d'une douleur chronique*. Récupéré de http://www.medecine.upstlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_03.pdf.
- LE BRETON, D. (2009). Entre douleur et souffrance : approche anthropologique (p. 323-328). *L'information psychiatrique*, volume 85 (4). doi: [10.3917/inpsy.8504.0323](https://doi.org/10.3917/inpsy.8504.0323).
- LERICHE, R. (1937). *Chirurgie de la douleur*.
- LOUVEL, J.P. (2002), Douleur chronique, narcissisme et relaxation. Dans *La douleur physique en psychomotricité, Evolutions psychomotrices*, Volume 14, n°57.
- LOUVEL, J.P. et OMRANA, M. (2015). Chapitre 12 : La douleur en psychomotricité. Dans ALBARET J.M., SCIALOM P. et GIROMINI F. (dir.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité, volume 3 : Clinique et thérapeutiques* (p. 147 à 168). De Boeck Solal.
- MARC, E. (2002). La régression thérapeutique. *Gestalt*, numéro 23 (2), 29-50. Récupéré de <http://www.cairn.info/revue-gestalt-2002-2-page-29.htm>.
- MARVAUD, J. (1995). L'écoute analytique des données sensorielles. Dans J. MARVAUD (dir.), *Relaxation: Actualité et innovation. Volume 1* (p. 131-150), Le Bouscat : L'Esprit du temps. Doi : [10.3917/edt.marva.1995.01.0131](https://doi.org/10.3917/edt.marva.1995.01.0131).
- NASIO, J.D. (2008). *Mon corps et ses images*. Payot.

- PIREYRE, E.W. (2015). *Clinique de l'image du corps*. Dunod.
- POTEL, C. (2010). *Etre psychomotricien : un métier du présent, un métier d'avenir*. Erès.
- REICH, M. (2009). Cancer et image du corps : identité, représentation et symbolique: Travail présenté lors des 27es Journées de la Société de l'Information Psychiatrique, Lille 24-27 septembre 2008. *L'information psychiatrique*, volume 85 (3) (p.247-254). Doi : [10.3917/inpsy.8503.0247](https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0247)
- SAPIR, M. (1995). Place de la relaxation à induction variable. Dans J. MARVAUD, *Relaxation: Actualité et innovation. Volume 1* (p. 121-130), Le Bouscat : L'Esprit du temps. Doi : 10.3917/edt.marva.1995.01.0121.
- SAPIR, M. (1996). *La relation au corps*. Dunod.
- THIVEAUD, M. (1997). Relaxation Psychomotrice. Dans *Thérapie Psychomotrice et Recherches*, numéro 111.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
PARTIE 1 - LA DOULEUR.....	4
I- Qu'est-ce que la douleur ?	5
A- Douleur ou souffrance ?.....	5
B- Mécanismes de la douleur.....	6
C- Modulation du message douloureux	8
D- Différents types de douleur.....	9
E- Composantes de la douleur.....	10
1- Composante sensori-discriminative	11
2- Composante affectivo-émotionnelle	11
3- Composante cognitive	11
4- Composante comportementale.....	12
II- Douleur aiguë / Douleur chronique	12
A- Douleur aiguë	12
B- Douleur chronique.....	13
1- Définition	13
2- Répercussions	13
3- Chronicisation de la douleur	16
4- La douleur comme traumatisme	17
III- Prise en soin de la douleur chronique.....	18
A- Structures d'évaluation et de traitement de la douleur	18
B- La relation malade-médecin.....	19
C- Evaluation de la douleur en structure spécialisée	20
D- Traitement de la douleur chronique	22
1- Thérapie médicamenteuse :	23
2- Education thérapeutique du patient	24
3- Thérapies non médicamenteuses.....	25
IV- La douleur chronique en psychomotricité	26
PARTIE 2 - L'IMAGE DU CORPS.....	29
I- Image du corps en psychanalyse.....	29

A-	Selon Paul SCHILDER.....	29
B-	Selon Françoise DOLTO.....	30
1-	Schéma corporel et image du corps	30
2-	Une image composite	31
C-	Selon Juan-David NASIO	33
II-	Image du corps en psychomotricité	35
A-	Selon Jean-Michel ALBARET	35
B-	Selon Catherine POTEL	36
C-	Selon Éric W. PIREYRE.....	36
III-	Atteinte de l'image du corps dans la douleur chronique.....	39
A-	La sensation de continuité d'existence	40
B-	L'identité.....	40
C-	La peau.....	42
D-	L'intérieur du corps	43
E-	Le tonus	44
F-	La sensibilité somato-viscérale	45
G-	Les communications corporelles	46
H-	Les angoisses corporelles archaïques.....	47
	PARTIE 3 - RELAXATION.....	49
I-	Relaxation : Généralités	49
A-	Définitions.....	49
B-	Deux méthodes de référence	51
1-	Training autogène de J.H. SCHULTZ.....	51
2-	Relaxation progressive d'E. JACOBSON	52
C-	Développements ultérieurs	53
D-	La relaxation psychanalytique Sapir	54
E-	Effets de la relaxation	55
1-	Au niveau neurophysiologique	56
2-	Au niveau physiologique	57
3-	Au niveau psychologique	57
II-	La relaxation en psychomotricité auprès de patients douloureux chroniques	59
A-	La régression en relaxation.....	59
B-	La relaxation comme thérapie psychomotrice.....	60

C-	La relaxation, une médiation.....	60
D-	Le cadre en relaxation	62
E-	La fonction contenante du psychomotricien en relaxation	64
F-	Rôle du psychomotricien et image du corps en relaxation.....	64
1-	Prise de conscience corporelle	65
2-	Le tonus.....	66
3-	Les inductions verbales.....	68
4-	Les inductions tactiles.....	70
5-	La verbalisation	71
III-	Apprécier l'évolution de l'image du corps	72
PARTIE 4 - CLINIQUE PSYCHOMOTRICE EN RELAXATION		74
I-	Présentation du terrain de stage.....	74
A-	Présentation du service	74
B-	L'équipe pluridisciplinaire :.....	75
C-	Communication interprofessionnelle.....	76
D-	Place de la psychomotricité.....	76
E-	Mon rôle en tant que stagiaire psychomotricienne.....	78
II-	Etude de cas : Mme B.....	78
A-	Anamnèse	78
B-	La prise en soin au sein du service	79
1-	Examen médical d'entrée	79
2-	Objectifs de la prise en soin	80
3-	Les différentes prises en soin.....	80
4-	La prise en soin en psychomotricité	80
a-	Première séance.....	81
b-	Deuxième séance	82
c-	Le suivi en relaxation.....	83
d-	Fin de la prise en soin.....	84
5-	Conclusion.....	86
CONCLUSION		87
BIBLIOGRAPHIE.....		88
TABLE DES MATIERES		91